



*Progress*

Projet de Gestion Régionale  
des Services de Santé

C/O Ministère de la Santé, km 4,5 route de Casablanca,  
Rabat, Maroc.  
Tél : (212)37298423/31 Fax : (212)37690664

## Rapport de Mission

### ATELIER DE REFLEXION SUR LA NORMALISATION

du 27 juin au 6 juillet 2001

Jean-François Safar, URC

#### Activité I.A.4.2

**Distribution (par ordre alphabétique) :**

Dr Ismaïli Alaoui, Ministère de la Santé/SG  
Dr Aouragh, Ministère de la Santé/DSMI  
Pr Rajae El Aouad, Ministère de la Santé/INH  
M. Taoufik Bakkali, USAID/Rabat  
Dr. Rachid Bakkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan  
Dr Abdelali Belghiti, Responsable de l'UMER  
Dr Mohamed Belkadi, Directeur Hôpital Agadir  
Dr Volkan Cakir, JSI/Rabat  
Pr Chaoui, Ministère de la Santé/Maternité Souissi  
Dr M.A. Cherradi, Coordinateur Régional de Souss-Massa-Drâa  
Dr Saïda Choujâa Jroni, Ministère de la Santé/DHSA  
Mme Ellen Coates, URC/Bethesda  
Dr Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA  
Délégués provinciaux des régions SMD et TT  
M. Mustapha El Mahoti, Tanger-Tétouan  
Mme Boutaina El Omari, JSI/Rabat  
Dr Farouk Fasla, Ministère de la Santé/Délégation IAM  
M. Vincent Fauveau, FNUAP  
M. Miloud Kaddar, PAGSS/Rabat  
Dr Ktiri, CMS  
Mme Malika Laasri, JSI/Agadir  
Dr. Theo Lippeveld, JSI/Boston  
Dr Jahouad Mahjour, Ministère de la Santé/Maroc  
Dr Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA  
Mme Sati Sayah, JSI/Tanger  
Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP  
Dr Tisna Veldhuyzen Van Zanten, URC/Bethesda  
Mme Susan Wright, USAID/Rabat  
Dr Mohamed Zaari Jabiri, Ministère de la Santé/DRH

**Soumis : le 21 novembre 2001**

A

## TABLE DE MATIERES

ACRONYMES.....	1
EXECUTIVE SUMMARY .....	2
RESUME EXECUTIF.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	4
I. RAPPELS ET INTRODUCTION .....	5
II. OBJECTIFS .....	5
III. ACTIVITES PRINCIPALES.....	6
IV. ACTIVITES SPECIFIQUES .....	6
V. DEROULEMENT DE LA MISSION.....	9
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	11
VII. ETAPES SUIVANTES.....	11
ANNEXES .....	12
ANNEXE 1 : PROGRAMME DE L'ATELIER DE REFLEXION SUR LE SYSTEME DE NORMALISATION AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE .....	13
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE NORMALISATION .....	15
ANNEXE 3 : PRESENTATIONS DES REGIONS DE TT & SMD.....	16
ANNEXE 4 : CLASSIFICATION DES NORMES ET STRUCTURES DE NORMALISATION .....	35
ANNEXE 5 : RESULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE .....	51

## ACRONYMES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AQ	Assurance Qualité
CAT	Conduite à Tenir
CE	Communauté Européenne
CHPA	Centre Hospitalier Provincial D'Agacir
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Pré-Natale
CRAQ	Cellule Régionale d'Assurance Qualité
CS	Circonscription Sanitaire (CIS)
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
DRH	Direction des Ressources Humaines
FCS	Facteurs Clefs de Succès
FDA	Federal Drug Administration
FMC	Formation Médicale Continue
GIQua	Gestion Intégrale de la Qualité
HMO	Health Management Organization
IAM	Inezgane Ait Melloul
IFCS	Institut de Formation aux Carrières de Santé
INH	Institut National d'Hygiène
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JSI	John Snow Inc.
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
NN	Nouveau-Né
NNP	Néonatal Précoce
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAIN	Projet d'Audit Interne sur les Nouveau-nés
PAQ	Projet d'Amélioration de la Qualité
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PNAQ	Programme National d'Assurance Qualité
<i>Progress</i>	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
QS	Qualité des Services
QT	Qualité du Travail
SG	Secrétariat Général
SIAAP	Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provinciales
SMD	Souss-Massa-Drâa
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TT	Tanger-Tétouan
UMER	Unité de Mise en Œuvre de la Réforme de Santé
UO	Urgence Obstétricale
URC	University Research Corporation
URGP	Unité Régionale de Gestion de Projet
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

## EXECUTIVE SUMMARY

This mission had 5 objectives :

1. Inform the actors involved in the standardization of health care services;
2. Identify the needs for health care norms, both clinical and managerial;
3. Identify opportunities to respond to the needs through current programs and the activities on-going in Morocco;
4. Present the methodological guide developed by the Ministry of Health and the different types of norms required for a health care system;
5. Identify the strategic priorities that will serve as a basis for an operational plan to standardize health care services in Morocco.

During this two days workshop, the PNAQ (National Program of Quality Assurance) steering committee members and representatives from *Progress* regions met:

- To achieve objectives 1, 3 and 4;
- To define practical recommendations to be implemented immediately in order to respond to objectives 2 and 5.

This workshop also allowed to identify needs in information and communication about on-going quality projects in Morocco.

a major constraint highlighted by participants is the risk to end up with "favored" regions and "unfavored" as a result of project activities.

Participants expressed the need to set up a quality national coordination committee. This committee would be responsible for training the involved actors and could allow inter-region information exchanges in order to participate in the global improvement of the system. Furthermore, participants of this workshop identified the necessary steps for the implementation of the committee and its representatives.

Meetings with representatives from the regions and the DHSA brought additional elements concerning the strategy for the health care standardization approach.

These elements consist in a better integration of the quality approach in the reform of the health sector and the improvement of communication around existing projects to share good practices.

The next step will be the creation of the committee and an information phase around existing projects in order to encourage regional MOH officials to adhere more and more to QA.

## RESUME EXECUTIF

Cette mission avait 5 objectifs :

1. Informer les acteurs impliqués dans la standardisation des soins et services de santé des activités actuellement en cours au Maroc ;
2. Identifier les besoins en normes de soins, normes de gestion et normes cliniques ;
3. Identifier les opportunités existantes de répondre aux besoins à travers les projets programmés et activités en cours ;
4. Présenter le Guide méthodologique développé par le ministère de la Santé et les différents types de normes nécessaires pour un système de santé ;
5. Identifier les axes stratégiques prioritaires qui serviront de base à un plan opérationnel pour la standardisation des soins et services de santé au Maroc.

Un atelier de deux jour, réunissant le Comité de pilotage du PNAQ et les représentants des régions impliquées dans le projet *Progres* a permis :

- d'accomplir les objectifs 1, 3 et 4 ;
- d'établir des recommandations pratiques, à mettre en œuvre immédiatement pour satisfaire les objectifs 2 et 5.

Cet atelier a permis d'identifier les besoins des participants en information et en communication autour des projets qualités en cours au Maroc.

Le risque d'aboutir à des régions « favorisées » et d'autres « défavorisées » en ce qui concerne la qualité des soins est un des écueils majeurs que les participants souhaitent éviter.

Les participants ont tous souhaité qu'un comité de coordination national de la qualité soit mis en place. Ce comité aurait pour rôle de former les acteurs et de permettre les échanges d'informations inter-régionaux, ceci afin de participer à l'amélioration globale du système. Par ailleurs, les participants de l'atelier ont identifié les étapes nécessaires à la mise en place de ce comité et ses représentants.

Les réunions avec les représentants des régions et la DHSA ont apporté des éléments supplémentaires en ce qui concerne la stratégie de la démarche de standardisation des soins.

Ces éléments consistent en une meilleure intégration de la démarche qualité à la réforme du secteur de la santé et l'amélioration de la communication autour des projets existants.

Les prochaines étapes sont donc la création du comité et une phase d'information autour des projets existants, afin d'amplifier le mouvement des régions marocaines vers la qualité des soins.

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

1. Fixer un planning de réunion du comité de pilotage du Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ), définir des objectifs de réalisation des activités prévues dans la recommandation 4 et un suivi de cette réalisation.
2. Etablir le suivi des recommandations issues de l'atelier, (voir annexe 5), confier ce suivi au comité de pilotage du PNAQ.
3. Identifier les personnes ressources disposant de compétence en pratique d'AQ ou en méthodologie d'évaluation, au niveau central et dans les régions. Ces personnes seront les acteurs pivots de la poursuite et de l'amplification des programmes régionaux actuellement en cours. Ce recensement n'existe pas de façon détaillée au niveau national ou régional.
4. Etablir un processus de collaboration entre ces personnes et la cellule qualité de la DHSA.
5. Doter la cellule qualité de la DHSA des moyens et des compétences nécessaires, pour assurer les activités suivantes :
  - a. Recensement et évaluation des normes existantes au plan national.
  - b. Collecte (et évaluation ?) des normes élaborées au niveau régional (fond documentaire).
  - c. Etablissement du plan de diffusion des normes dans les régions non couvertes directement par *Progres*.
  - d. Recensement des besoins en références nationales dans les 3 prochaines années.
  - e. Suivi des résultats et rétro-information des régions ayant un ou plusieurs projets d'amélioration de la qualité des soins.
  - f. Soutien aux régions désireuses de débiter un projet d'amélioration de la qualité des soins.
6. Renommer cette cellule élargie : comité de normalisation.
7. Diffuser le « guide méthodologique de rédaction des références de soin » largement dans les régions participant à *Progres* (pourquoi seulement TT et SMD), qui sont les plus demandeuses de méthodologie à l'heure actuelle, ainsi que le document « classification des normes de soins », réalisé pour cet atelier.
8. Valoriser les expériences régionales actuelles auprès des autres régions et des départements centraux par la réalisation « d'événements Cette valorisation a pour but d'entraîner les autres régions dans des programmes similaires, sous le contrôle du futur comité de normalisation.
9. Evaluer les besoins en compétence technique spécialisée à moyen terme et mettre en place un programme/une stratégie de formation sur 3 ans en développement de normes et autres aspects de l'AQ. Ces besoins sont actuellement flous, non recensés exactement par les instances décisionnelles, et il n'existe toujours pas de document permettant d'identifier les compétences déjà existantes.

## I. RAPPELS ET INTRODUCTION

En décembre 1999, à la demande du ministère de la Santé (MS) du Royaume du Maroc et en accord avec le plan d'action du Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ), un groupe de travail a rédigé le guide méthodologique d'élaboration, d'adaptation et de suivi des références de soin.

La méthode proposée dans ce document a été validée, comme prévu, par un comité de lecture, puis le guide a été imprimé en septembre 2000.

Parallèlement, les actions décentralisées d'amélioration de la qualité, soutenues par les différents intervenants du MS et les partenaires internationaux (USAID et JSI) ont continué. Ces actions sont actuellement concentrées sur les régions de Tanger-Tétouan et de Souss-Massa-Drâa, dans le cadre du projet *Progress*.

La volonté de préparer un atelier de réflexion sur la normalisation provient d'un double constat :

- La nécessité de mise en conformité de l'organisation actuelle de la gestion de la qualité des soins avec la proposition contenue dans le guide méthodologique. En effet, le guide prévoit la mise en place d'un comité de normalisation, pivot de la rédaction et de l'organisation, de la diffusion et du suivi des références de soin nationales.
- Le problème de la diffusion et de l'échange des expériences régionales, afin d'éviter l'apparition d'un déséquilibre inter-régional important dans le domaine de l'amélioration de la qualité de santé. Les actions de soutien en assurance qualité aux régions sont actuellement tributaires de projets spécifiques soutenus par des bailleurs de fonds. Pour les pérenniser et les étendre aux autres régions, une recherche de solutions internes est nécessaire.

Pour reprendre l'introduction de la présentation aux participants de cet atelier, j'ajouterai que les facteurs clefs du succès de la mise en place d'une politique globale d'assurance de la qualité des soins au Maroc sont presque réunis.

A côté de la vision stratégique et de la volonté politique, qui trouve son expression dans le PNAQ, il existe une réelle expertise technique en qualité, disséminée dans les régions et au niveau central. Enfin, la mise en place d'un système généralisé de couverture maladie va, d'une part entraîner une forte pression qualitative sur les structures, et d'autre part, comme dans la majorité des pays pratiquant l'assurance qualité de santé, apporter une source de financement des actions.

Dans cet environnement, jeter les bases de l'organisation qui, à terme, pourra devenir l'interlocuteur des utilisateurs, des professionnels et des financeurs en matière de qualité du système de santé ne paraît plus relever de l'utopie.

Bien entendu, il s'agit avant tout de pratiquer de manière réaliste, et la méthode employée au cours de cet atelier avait surtout pour objectif de trouver des solutions applicables immédiatement et effectivement dans le contexte marocain.

## II. OBJECTIFS

La mission avait 5 objectifs :

1. Informer les acteurs impliqués dans la standardisation des soins et services de santé des activités actuellement en cours au Maroc.

2. Identifier les besoins en normes de soins, normes de gestion ou normes cliniques
3. Identifier les opportunités existantes de répondre aux besoins à travers les projets programmés et activités en cours.
4. Présenter le Guide méthodologique développé par le ministère et les différents types de normes nécessaires pour un système de santé.
5. Identifier les axes stratégiques prioritaires qui serviront de base à un plan opérationnel pour la standardisation des soins et services de santé au Maroc.

### III. ACTIVITES PRINCIPALES

Au cours de cette mission, les activités suivantes ont été accomplies :

- Réunions de briefing et débriefing avec l'USAID ;
- Réunions de travail avec l'équipe de JSI ;
- Réunions de travail avec l'équipe de la cellule qualité de la DHSA ;
- Préparation du matériel pédagogique pour l'atelier des 2 et 3 juillet, adaptation pour son utilisation dans les régions ;
- Animation de l'atelier des 2 et 3 juillet (**Annexes 1 et 2** : programme, liste des participants) ;
- Réunion de travail avec l'équipe de la région de Tanger-Tétouan ;
- Présentation des résultats de l'atelier et des recommandations, assistance à l'élaboration du plan d'action de la DHSA avec Mme le Dr Jrondi, Mme le Dr Darkaoui, M. le Dr Alaoui Belghiti (responsable de l'unité de mise en œuvre de la réforme), M. le Dr Malki et l'équipe JSI.

### IV. ACTIVITES SPECIFIQUES

#### **Pour l'objectif 1 :**

*Informar les acteurs impliqués dans la standardisation des soins et services de santé des activités actuellement en cours au Maroc.*

Cette information a été effectuée pendant l'atelier, sous la forme de deux présentations des régions impliquées dans le projet *Progres* : Tanger-Tétouan et Souss-Massa-Drâa.

Ces présentations se trouvent en **Annexe 3**.

Une discussion entre les participants a permis de clarifier l'état exact d'avancement et les problèmes rencontrés, qui portent essentiellement sur la méthodologie et la motivation des acteurs.

Les activités d'amélioration actuelles constituent la base d'une normalisation, par la rationalisation des pratiques cliniques et de gestion des services de santé.

Cette discussion a débouché sur l'expression des attentes (importantes) des autres régions présentes concernant de tels projets, et la demande d'un soutien plus important de l'échelon national pour les réaliser.

Ces deux présentations montrent des résultats actuellement parcellaires et peu avancés. La seule conclusion possible est déjà connue : on peut arriver à la qualité

par des méthodes différentes, pourvu que la méthode choisie soit adaptée à l'environnement et aux problèmes posés. On ne peut certainement pas comparer les deux expériences avec les éléments qui ont été fournis au cours de l'atelier.. Ces présentations étaient importantes en terme de valorisation des deux équipes présentes, qui ont énormément travaillé sur le terrain, mais elles ne peuvent pas encore avoir valeur d'exemple.

**Pour l'objectif 2 :**

*Identifier les besoins en normes de soins, normes de gestion ou normes cliniques.*

Les besoins précis ne peuvent être identifiés dans le laps de temps de la mission.

Il a donc été apporté un tamis de décision, constitué du guide méthodologique, qui fixe les conditions dans lesquelles une référence nationale est souhaitable, un exposé sur la classification des normes de soins, ainsi qu'une publication de l'ANAES qui analyse les meilleurs moyens de mise en œuvre des Recommandations médicales.

A court terme, nous identifions deux domaines dans lesquels les besoins sont importants :

1. Les normes de gestion et d'organisation des services médicaux hospitaliers, peu ou mal connues comme outils d'amélioration (planification des personnels, de l'emploi des blocs opératoires, organisation de staffs réguliers, procédures de passation de consignes.)
2. Les outils de « normalisation » d'activité, locaux, surtout les aides mémoires, reconnus comme le seul outil réellement efficace d'après l'analyse de l'ANAES. Ils peuvent découler de recommandations marocaines ou internationales (en l'absence de référence marocaine dans un domaine, une équipe locale doit pouvoir s'inspirer d'expériences ou de référentiels étrangers).

A moyen terme, il est recommandé :

Pour les normes cliniques : il est nécessaire de pratiquer une réunion de l'ensemble des normes existantes, de les faire valider par la cellule qualité de la DHSA en tant que références nationales, dans le domaine clinique.

Pour les normes de gestion : fixer au comité de normalisation l'objectif de recenser les normes de gestion et d'organisation minimales à mettre en place dans l'ensemble des structures de soins.

Bien que le groupe présent lors de l'atelier n'ait pas identifié de domaine de soins prioritaires, la normalisation des pratiques médicales hospitalières a été identifiée comme le souci majeur des participants.

**Pour l'objectif 3 :**

*Identifier les opportunités existantes de répondre aux besoins à travers les projets programmes et activités en cours.*

Les programmes/projets d'améliorations en cours semblent répondre aux besoins locaux en normes d'activité (processus de soins et de gestion).

Ils ne répondent pas aux besoins de diffusion de ces normes à d'autres régions, ni aux besoins de normes de gestion.

Cependant, à partir des expériences des deux régions de TT et SMD, il y a opportunité de mettre en place ou d'élargir quelques procédures de gestion.

La gestion des ambulances, par exemple, est critique pour la prise en charge des urgences obstétricales, mais son amélioration doit retentir sur l'ensemble des urgences évacuées, sinon, il s'agira d'un biais important dans *Progres* : on n'aura pas amélioré la gestion de l'ambulance, mais la gestion de l'indicateur. Lorsqu'on cherche à améliorer un processus, l'indicateur ne doit pas être un cas trop particulier, car on va alors améliorer l'ensemble du processus pour répondre à ce cas particulier. Si on considère que les ambulances servent à transporter toutes sortes de malades, et qu'on ne s'occupe que des femmes enceintes dans l'indicateur, on risque d'oublier les autres.

La mission a permis de rencontrer les acteurs hospitaliers des régions impliquées dans *Progres*, et de discuter avec eux de l'opportunité d'une action ponctuelle de diagnostic sur les normes de gestion de l'activité. Cette action doit permettre aux hôpitaux de mener des actions portant sur l'amélioration de leur organisation, tout autant que des actions portant sur l'amélioration des pratiques. A l'hôpital, plus que dans des structures de petite taille, la qualité de l'organisation est primordiale pour aboutir à la qualité du service médical final.

#### ***Pour l'objectif 4 :***

*Présenter le Guide méthodologique développé par le ministère et les différents types de normes nécessaires pour un système de santé.*

Le guide a été présenté et discuté lors de l'atelier, ce qui a permis de re-préciser la place des différents outils de normalisation au sein du système d'assurance qualité (voir présentation sur la classification des normes de soins en **Annexe 4**). Il a été conclu que la méthodologie de développement de normes décrites dans le Guide ne s'applique qu'à une catégorie de normes nationales de références de soins pour les problèmes de santé publiques prioritaires et/ou avec répercussions économiques. Les normes de fonctionnement des services de santé ou de certains problèmes peuvent être identifiées à partir du travail d'amélioration continue des régions.

#### ***Pour l'objectif 5 :***

*Identifier les axes stratégiques prioritaires qui serviront de base à un plan opérationnel pour la standardisation des soins et services de santé au Maroc.*

Les axes stratégiques dégagés lors de l'atelier et au cours des entretiens avec les représentants des régions et du ministère sont clairs et font l'objet d'un consensus :

1. Continuer les expériences régionales de normalisation à travers les projets et modèles d'amélioration.
2. Consolider les apports de ces différentes expériences au plan national, en identifiant et diffusant les meilleures pratiques de soins et de gestion mises au point par les régions. Les meilleures pratiques ne peuvent être identifiées qu'après un temps suffisant de mise en œuvre, et le recueil d'indicateurs de résultats. On peut aussi évaluer la difficulté de mise en place et le coût comparé, si on a un choix à faire entre deux pratiques.
3. Constituer une cellule qualité au sein du ministère, disposant de ressource et de moyens humains adéquats.

4. Favoriser la diffusion des outils de standardisation aux autres régions, notamment par la réalisation d'événements décentralisés.
5. Collaborer avec la cellule de mise en place de la réforme des soins (UMER), afin d'intégrer la qualité comme axe majeur de la réforme Ceci est le rôle des instances dirigeantes de la DHSA.

Le Maroc est en passe de connaître un changement important de son système de santé, avec l'introduction d'une prise en charge généralisée des dépenses. L'ensemble des pays qui possèdent un tel système, quel que soit le mode de financement, a recouru à une standardisation plus ou moins importante des soins, dans un double but qualitatif et économique. Le ou les futurs financeurs de la santé au Maroc seront un élément moteur supplémentaire dans la recherche du meilleur rapport coût/qualité des soins. Le service public de santé doit précéder cette attente, en mettant en œuvre l'organisation et les outils de gestion de la qualité avant que ceux ci ne soient imposés. Les décideurs publics que nous avons rencontrés sont conscients de la nécessité de cette démarche proactive.

## V. DEROULEMENT DE LA MISSION

### ***Mercredi 27 juin 2001 :***

- Départ de l'aéroport de Lyon à 7h30 et arrivée à Rabat à 11h30
- Briefing avec l'équipe de JSI de 15h à 17h
- Briefing avec le Dr Darkaoui à 18h

### ***Jeudi 28 juin 2001 :***

- Matin : Préparation du programme de l'atelier avec le Dr Darkaoui, revue des objectifs, liste des participants, ordre des présentations
- Après-midi : début de réalisation des transparents pour l'atelier

### ***Vendredi 29 juin 2001 :***

- Matin : briefing avec l'équipe de l'USAID.
- Après midi : entretien avec le coordinateur de la région Tanger-Tétouan, préparation des transparents pour l'atelier.

### ***Lundi 2 juillet 2001 : Premier jour de l'atelier***

L'objectif de la première journée était triple :

- Redéfinir les différentes normes de soins, et les outils utilisés dans un programme d'amélioration de la qualité des soins ;
- Présenter le guide méthodologique d'élaboration des références de soins ;
- Organiser un brainstorming sur le thème : Quelle structure de normalisation serait adaptée aux conditions marocaines ?

Les deux premiers objectifs ont donné lieu à des présentations et à un débat, qui ont permis de faire comprendre à tous que les outils et les méthodes d'amélioration ne sont pas l'apanage du niveau central. Cependant, le besoin de coordination des outils mis en place localement, ainsi que l'homogénéisation de la pratique pour certaines pathologies entraîne la nécessité d'une structure centrale, dont le rôle est celui d'une plaque tournante informative et d'un appui aux initiatives décentralisées.

Les participants ont défini cette structure « idéale » : indépendante, scientifique et assurant le rôle d'une agence de normalisation en santé.

### ***Mardi 3 juillet 2001 : Second jour de l'atelier***

Après avoir permis au groupe d'exprimer une vision commune sur l'avenir de l'organisation de la normalisation au Maroc, le second jour avait comme objectif de dégager les idées immédiatement applicables, sous forme de recommandations.

Pour cela, les régions de Souss-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan ont présenté leur expérience à l'ensemble des participants. Cette présentation a servi à mettre en évidence les possibilités locales d'amélioration de la qualité et de faire apparaître les attentes des autres régions. Il est apparu que, avant même de concevoir une structure de normalisation centrale, il était impératif de mettre en place un circuit de l'information qui permettrait à chacun de tirer parti des expériences en cours, et d'animer les volontés existantes.

Les participants ont été invités à écrire leurs recommandations, qui ont été présentées devant Madame le Dr Jrondi.

Ces recommandations ont été reprises dans le premier chapitre de ce rapport.

A la fin de l'atelier, une rencontre avec l'équipe de Tanger-Tétouan a été organisée, car cette région rencontre certains problèmes dans la gestion des projets en qualité hospitalière.

Ils seraient intéressés par une analyse de situation, à programmer d'ici la fin de l'année 2001.

### ***Mercredi 4 juillet 2001 :***

- Matin : Débriefing avec le Dr Darkaoui, récolte des éléments de préparation du rapport à la DHSA.
- Après midi : Entretien avec le Dr Malki et début de la rédaction du rapport de mission.

### ***Jeudi 5 juillet 2001 :***

- 8h à 10h : Débriefing avec Madame le Dr Jrondi Directrice de la DHSA, Monsieur le Dr Abdelali Alaoui Belghiti, responsable de l'UMER, Madame Boutaina El Omari, conseiller technique JSI, Monsieur Volkan Cakir, chef de projet JSI, Madame le Docteur Enada Darkaoui et Monsieur le Dr Malki, Cadres de la DHSA. Au cours de ce débriefing a été arrêté la décision de constituer autour de la Cellule Qualité de la DHSA un groupe d'experts ministériel, dont les premières missions seraient de participer au recensement des normes existantes (déjà effectué par le Dr Darkaoui), et de donner un avis sur la validité de ces normes. Ce groupe ressource permettrait de constituer une équipe qualité d'une manière souple, qui est plus adapté à l'environnement actuel qu'une structure institutionnelle. L'identification et les modalités de collaboration de ces personnes sont du ressort de Madame le Dr Jrondi. D'autre part, il a été décidé de communiquer plus amplement sur les expériences régionales, à l'occasion d'événements ponctuels, afin de diffuser les acquis et l'envie de s'engager dans la démarche aux autres régions. Ces événements thématiques pourront, en partie, être mis en place avec l'appui des bailleurs de fond

s'ils rentrent dans le cadre des missions en cours. Enfin, la nécessité d'une collaboration plus étroite avec l'UMER a été évoquée et discutée, la qualité ne pouvant être traitée complètement en dehors de la réforme.

- 10h à 12h : rédaction du rapport à la DHSA.
- 12h à 15h : déjeuner débriefing avec Volkan Cakir.
- Après midi : rédaction du rapport à la DHSA.

### **Vendredi 6 juillet 2001**

- 8h : Débriefing avec l'équipe de l'USAID
- 11h30 : décollage de l'aéroport de Rabat
- 20h00 : arrivée à Lyon.

## **VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

Cet atelier a permis d'avancer dans trois directions :

1. La connaissance et la reconnaissance du travail effectué localement par les équipes du projet *Progress* et des avancées déjà obtenues.
2. La prise de conscience au niveau central des risques de création d'un « Maroc à deux vitesses » de la qualité des soins, et la nécessité de rechercher des solutions pour éviter ce risque.
3. La prise en compte par les décideurs marocains de la dimension « communication » dans tout projet d'amélioration, afin de dynamiser constamment le projet.

A côté des recommandations issues de la réflexion des participants à l'atelier, j'insisterai sur ce dernier point. En parallèle des axes stratégiques déjà évoqués, la communication est, d'après mon expérience, un enjeu majeur de tout projet d'amélioration de la qualité. Il est indispensable de constituer un véritable plan de communication, à l'image de ce que l'on peut observer dans la distribution de produits ou de services marchands. La qualité doit se « vendre », donc se faire connaître et se faire « acheter ».

Cette démarche planifiée doit prendre en compte l'ensemble des cibles et répondre à des objectifs précis. Dans le cas du Royaume du Maroc, il est clair que les cibles sont les décideurs centraux (départements du ministère) et les régions. Les objectifs sont, pour les premiers, de s'assurer de leur soutien et de leur participation et pour les seconds, de les informer et de les motiver à s'engager dans des démarches d'amélioration locale.

L'organisation d'événements est un des outils simples à utiliser, mais on peut en imaginer d'autres (journal interne, campagne de promotion de la qualité..). Certaines actions ont déjà été entreprises dans ce sens, il est souhaitable de les poursuivre et d'amplifier leur impact, ainsi que de mettre en place une mesure de cet impact, en fonction des objectifs fixés.

## **VII. ÉTAPES SUIVANTES**

Cette mission était un peu « isolée » dans la démarche de *Progress*. Cependant, les idées discutées et les diverses rencontres ont permis de mettre en évidence deux attentes qui pourraient bénéficier d'un soutien extérieur :

- Le besoin d'une validation méthodologique des démarches régionales, et notamment au niveau hospitalier.
- La réalisation à court terme d'un événement centré autour des expériences régionales, avec une participation des « ressources externes » engagées dans la démarche, afin d'appuyer les présentations des régions et de les valoriser.

Les autres étapes, qui ont fait l'objet des recommandations, sont entièrement sous la responsabilité du niveau central du ministère de la Santé, qui en a pleinement conscience.

## **ANNEXES**

**Annexe 1** : Programme de l'atelier

**Annexe 2** : Liste des participants à l'atelier

**Annexe 3** : Présentations des régions de TT et SMD

**Annexe 4** : Présentations sur la classification des normes et les structures de normalisation

**Annexe 5** : Résultats des travaux de groupe

## ANNEXE 1 : PROGRAMME DE L'ATELIER DE REFLEXION SUR LE SYSTEME DE NORMALISATION AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE

### Introduction

Les objectifs de la normalisation des pratiques médicales sont comparables à ceux de tout processus normatif, il s'agit d'unifier des pratiques, de généraliser l'évaluation et l'auto évaluation sur des bases solides, et de pouvoir comparer les prestataires et les services dans un secteur qui deviendrait concurrentiel. Cette comparaison doit permettre aux décideurs, aux financeurs et aux utilisateurs de choisir les prestataires et les services assurant la meilleure qualité des soins.

En pratique médicale, la prestation est un processus parfois complexe, faisant appel à de multiples professionnels. La norme pourra dans ce cadre devenir un véritable guide de bonnes pratiques, fixant les rôles et les responsabilités de chacun. Mais le développement des normes de soins et de gestion doit se baser sur les meilleures preuves scientifiques existantes avec des mécanismes d'adaptation par rapport à des disparités locales et à des changements de situation locale.

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé a procédé à l'élaboration d'un ensemble de normes et de procédures dont certaines ont été soumises régulièrement à des révisions et à des adaptations. La communication de ces normes a été faite à travers l'organisation de sessions de formation et d'information et la supervision a été utilisée comme moyen de suivi et d'évaluation de l'adhésion aux normes. Le plan d'orientation économique et sociale 2000 - 2004 a encore mis l'accent sur la nécessité de développer les normes de soins et des services dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins.

A travers la mise en place du Programme National d'Assurance Qualité, la fonction de normalisation a été retenue comme une fonction technique prioritaire sur laquelle le programme doit se pencher. Dans ce document, ont été définis les objectifs stratégiques, les activités à développer, les résultats attendus et les structures impliquées. Par ailleurs un guide méthodologique pour l'élaboration, l'adaptation et le suivi des références de soins a été élaboré. Ce guide a pour objectif d'unifier les pratiques d'élaboration des normes en proposant une méthode scientifique valide dans le cadre d'un processus de prise de décision consensuel et transparent.

Cependant un certain nombre de problèmes liés à la mise en place du processus de normalisation au niveau national restent posés. Afin de déclencher ce processus, il paraît nécessaire d'identifier ces problèmes et de proposer les grands axes d'une stratégie pour la mise en place d'un système de normalisation.

#### *Objectifs :*

1. Identifier les problèmes liés à la normalisation (liste des normes, adaptation des normes, communication des normes, révision des normes, normes inexistantes, diversité d'écoles et nécessité d'une méthode consensuelle),
2. Faire des recommandations pour la mise en place d'un système de normalisation au niveau national,
3. Définir les grands axes stratégiques pour la mise en place d'un système de normalisation,

4. Identifier les modalités de développement de l'expertise en matière de normalisation.

*Participants*

Les directeurs de l'administration centrale,  
Les directeurs des Centres Hospitaliers Universitaires,  
Les délégués du ministère de la Santé (6 provinces),  
Les directeurs des hôpitaux,  
Les représentants des associations professionnelles,  
Des personnes ressources.

*Encadrement de l'atelier*

L'atelier sera animé par le Dr Jean François SAFAR de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

*Financement de l'atelier*

Le financement de l'atelier sera assuré par l'USAID à travers JSI dans le cadre du Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*).

*Date*

Le 2-3 juillet 2001.

*Lieu :*

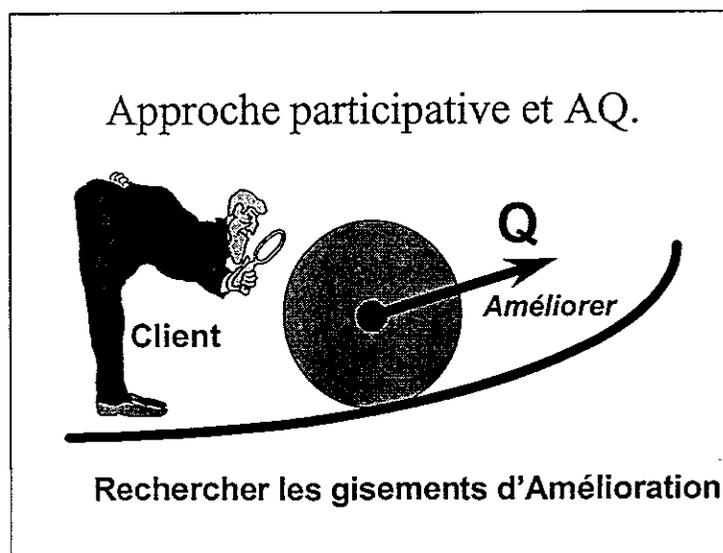
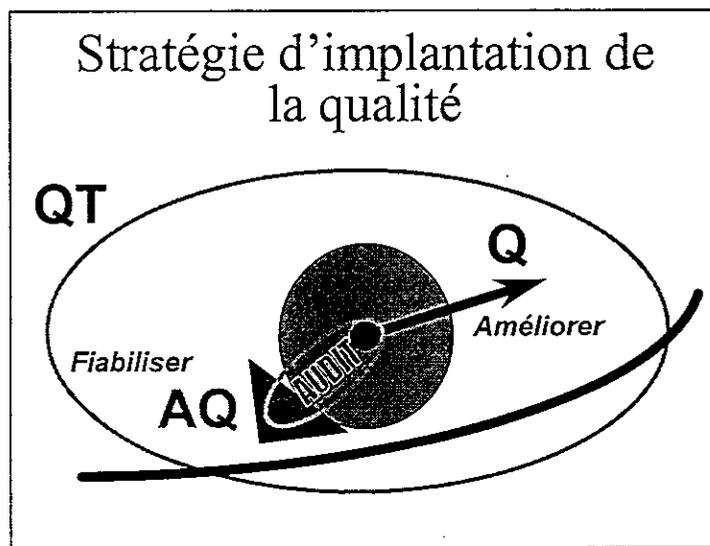
Salle de réunion de la direction de la population.

## ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE NORMALISATION

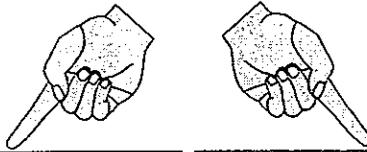
Nom et Prénom	Fonction
Dr My Mustapha Ismaïli ALAOUI	Inspecteur Général
Dr Saïda CHOUJAA JRONDI	Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
Dr Jaouad MAHJOUR	Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies
Pr Rajae EL AOUAD	Directeur de l'Institut National d'Hygiène
Pr Ahmed SBIHI	Directeur du CHU de Fès
Dr Katra Ennada DARKAOUI	Chef de la Division des Soins Ambulatoires
Dr Abdelali Alaoui Belghiti	Responsable de l'UMER
Dr Mohammed HAMOUI	Chef de la Division des urgences et secours
Dr Abdellah LIHIA	Chef de la Division des Hôpitaux
Dr Ali Malki	Unité de gestion de la qualité
Dr Mohamed Zaari JABIRI	Chef de Service de la Formation Continue
Dr Ennaciri Mimoun	Cadre à l'UMER
M. Ahmed ELGRENI	Cadre à l'UMER
Dr Rachid BEKKALI	Délégué Coordinateur Régional
Dr Omar EL MENZEHI	Délégué Coordonnateur Régional
Dr Abdelmajid BOUALLOU	Délégué de la préfecture de Zouagha My Yakoub
Dr Rachid ZEMMOURI	Délégué de la préfecture de Témara
Dr Farouk Fasila	Délégué Coordonnateur Régional
Dr Mustapha KACIMI	Délégué de la province de Taroudant
Dr Mustapha BOUADDI	Délégué de la province de Ouarzazate
Dr Aziza ADDI	Délégué par intérim de la Wilaya de Rabat
Pr Saïd LOUAHLIA	Directeur du Centre Hospitalier Ibn Rochd
Dr Mohamed Saïd BELKADI	Directeur du Centre Hospitalier d'Agadir
Dr Mohamed JANATI	Directeur du Centre Hospitalier de Tanger
Dr Hamid KHADRI	Chefs de la Division des affaires médicales (centre Hospitalier Ibn Sina)
Dr Abdelmalek KOUALA	Médecin chef du SIAAP de la province de Tanger ASSILA
Dr Abdelkader MOUZDAHIR	Médecin chef du SIAAP de la province de Larache
Mme Maria SLIMANI	Cadre au Service de l'Assurance Qualité (LNCM)
M. Mohamed BAHADI	Cadre à l'I.F.C.S de Rabat
Dr Amina SAHEL	Cadre à l'Institut National d'Administration Sanitaire
Dr Ahmed SERJI	Représentant de l'Ordre National des Médecins
M. Abdelouahid Karimi	Chef du service du personnel paramédical.
M. Abdessalam Boungimi	Enseignant à I.F.C.S – Marrakech
M. Jamaâ Elabbassi	Secrétaire général de I.F.C.S d'AGADIR
M. Mustapha EL MAHOTI	Major de SIAAP à la Wilaya de Tétouan
M. Ahmed FADILI	Major de SIAAP de la province de Taroudant
M. Brahim BEL ATTAR	Animateur du SIAAP d'Agadir
M. Volkan Cakir	Chef de Projet JSI Rabat
Mme Boutaina ELOMARI	Coordonnatrice de JSI à Rabat
Mme Sati SAYAH	Coordonnatrice de JSI à Tanger-Tétouan
Mme Malika LAASRI	Coordonnatrice de JSI à Agadir
M. Taoufik BAKKALI	Représentant de l'USAID



**le vent de la qualité  
souffle à partir  
du nord**



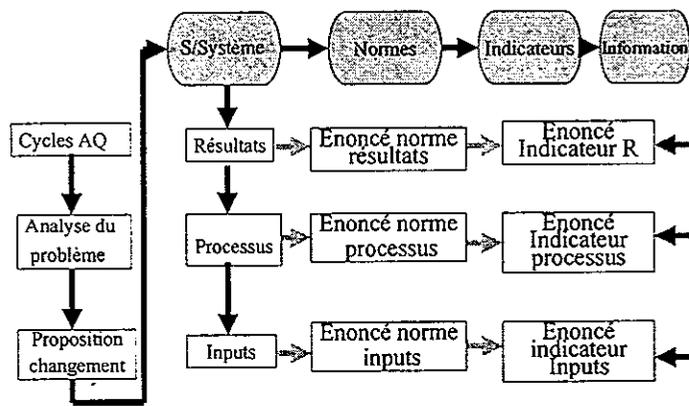
## Deux méthodes complémentaires d'élaboration de normes



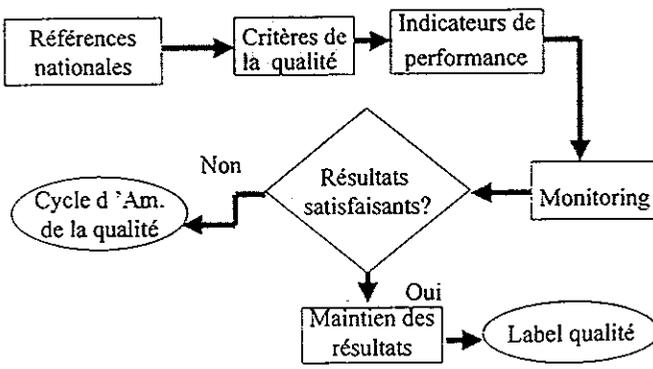
• **Utiliser les idées d'amélioration interne:**  
Équipes d'amélioration

• **Cibler des actions stratégiques:**  
 (Normes, critères, indicateurs)

### Processus d'élaboration des normes opérationnelles (méthode 1)

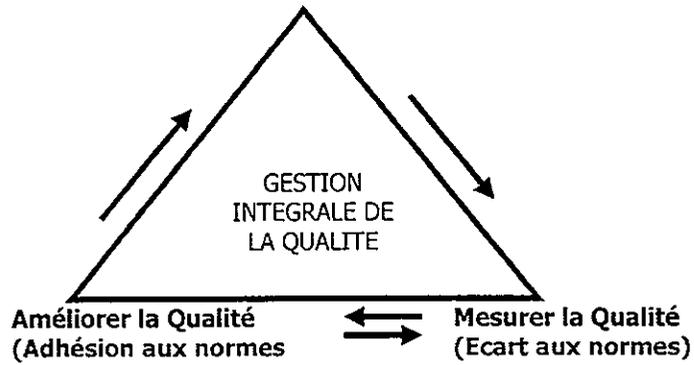


### Processus d'élaboration des normes opérationnelles (méthode 2)



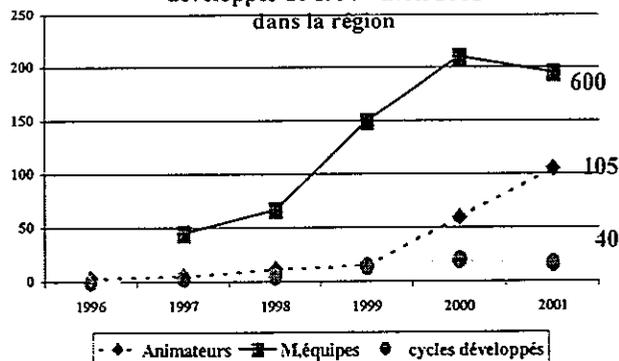
## Quelle Approche AQ ?

Définir la Qualité  
Concept, vision  
(Normes de qualité)

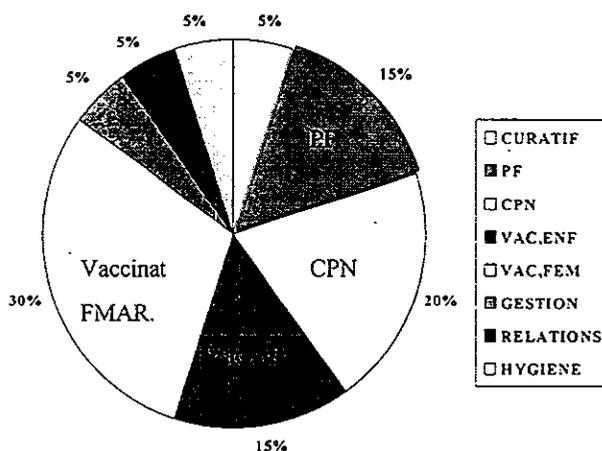


# Résultats

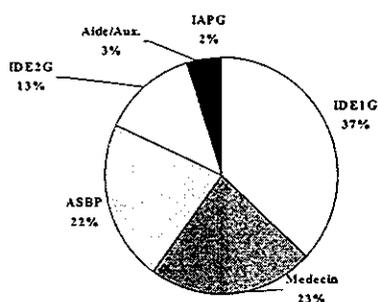
Évolution des agents formés en AQ et des cycles développés de 1997 - avril 2001 dans la région



## REPARTITION DES CYCLES SELON LES PROBLEMES TRAITES



## Constitution des équipes



- Tous les profils sont représentés dans la composition de l'équipe
- Les équipes sont généralement multi-disciplinaires
- Les médecins sont généralement impliqués dans le travail des équipes à 23 %

## Évolution des équipes

### Formation en ateliers:

– 83 % des animateurs maîtrisent la démarche ( 13 % sont à rattraper dans la Formation Juste à Temps).

- Fonctionnalité des équipes:

– 94 % des outils recommandés par l'approche sont utilisés

– 68 % des outils sont correctement utilisés

## Succès des équipes

« Atteinte des objectifs de Résolution des problèmes »

- **74 % des équipes ont atteint leurs objectifs de résolution de problèmes (excellentes performances)**
- **67 % des équipes ont documenté au moins un cycle**
- **27 % des équipes sont en cours d'implantation de la démarche**

### Effets de l'approche sur la Population

- **Excellentes relations soignants/soignés**
- **Meilleure satisfaction.**
- **Meilleure participation et meilleur soutien.**
- **Gain de confiance**

### Effets observés au sein des équipes

- **Meilleur rendement**
- **Meilleur esprit d'équipe**
- **Sens plus aigu de la responsabilité**
- **Meilleur développement des compétences / Performances**
- **Développement de l'esprit d'initiative et de créativité**

« Culture qualité »

## Où en sommes-nous?

- Structures de gestion de la qualité en place
- Amélioration des indicateurs de performance et de la qualité
- Travail avec des normes
- Culture de la qualité en progrès
- Système régional en voie d'appropriation par ses différents acteurs.

ROYAUME DU MAROC  
ministère de la santé



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

JOURNEES DE REFLEXION  
SUR LE SYSTEME DE  
NORMALISATION AU MAROC

2-3 JUILLET 2001



L'INVASION DU SUD  
PAR LA QUALITE

REGION SOUSS MASSA DRAA

DYNAMIQUE REGIONALE  
D'AMELIORATION DE LA QUALITE

DR MS BELKADI  
DIRECTEUR DU CHP AGADIR

## PLAN

- **HISTORIQUE**
  - Avant *Progress*
  - *Progress*: Objectifs, résultats attendus, priorités
- **LES ACTIVITES D'AMELIORATION DE LA QUALITE: modèle et résultats**

## AVANT *Progress*

- **Protocoles de soins infirmiers**
- **Mise en place des équipes GIQUA**
  - 6 au CHPA
  - X dans le réseau ambulatoire
- **Le projet d'audit interne de la mortalité NNP**

## *Progress* / OBJECTIFS

- Appui la décentralisation de la gestion des services de santé dans la région SMD
- Appui technique aux activités d'amélioration de la qualité dans la région

### *Progress/*RESULTAS ATTENDUS

**Des modèles innovateurs pour améliorer l'accessibilité, l'utilisation, la qualité et l'efficacité des services de santé sont développés et testés par les équipes régionales et locales**

### *Progress/*LES PRIORITES

- IST (Approche syndromique)
- Santé de l'enfant (PCIME)
- PF (normes PF)
- Santé maternelle (normes CPN et SONU)

**NB : Pour ces services les normes cliniques existent**

### LES ACTIVITES AQ

- **Le modèle collaboratif d'amélioration rapide de la qualité en UO et IST**
- **Des projets AQ à travers un appel d'offres**
- **Le maintien de la performance en normes SONU par les aide mémoires, fiches de soins et auto-évaluation de la performance**
- **les audits de mortalité néonatales et maternelles et de Near Miss**

## STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

Ressources  
Personnel  
Infrastructure  
Matériel  
Médicaments

Processus  
Ce qui est fait  
Comment c'est fait

Résultats  
Service de santé produit  
Satisfaction du client

*Pour assurer ou améliorer la qualité des soins, il faut  
aborder les intrants et les processus ensemble*

## LE MODELE COLLABORATIF D'AMELIORATION RAPIDE DE LA QUALITE

### PRESENTATION DU MODELE

- Une démarche qualité d'améliorations rapides de la QS
- Les acteurs stratégiques au niveau régionale identifient les priorités de santé
- Choisisent les sites d'implantation du projet
- Mettent en place des équipes qualité autour du même thème

## PRESENTATION DU MODELE (suite)

- **Fixent un but d'amélioration**
- **Mettent en place des indicateurs d'amélioration**
- **Les équipes locales assurent le monitoring, sélectionnent les changements à apporter, planifient le changement et mettent en application les changements**

## PRESENTATION DU MODELE (suite et fin)

- **L'équipe régionale de la qualité vérifie l'effet des changements sur les indicateurs d'amélioration**
- **Décide de l'adoption des changements ou pas**
- **Veille au monitoring continu pour pérenniser le changement**
- **Les solutions efficaces deviennent la norme pour tous les établissements donc diffusées à d'autres structures**

## APPLICATION DU MODELE

- **Appliqué à la PEC des UO et IST à travers la collecte et analyse des données**
- **Sites impliqués : huit formations sanitaires : 2 maisons d'accouchements, 2 maternités de référence et 4 CS**

- **Mesure la performance de certains sous système selon un rythme hebdomadaire: UO collecte 8 indicateurs , IST collecte 5 indicateurs**
- **Deux ateliers de présentation des données de monitoring ont été tenus avec les membres du collaboratif : présentation et interprétation des données, identification et planification des changements**

*Progress:* **CONSTATS**

- **Un travail d'équipe dans les huit sites et une dynamique entre les sites du collaboratif UO : élaboration d'une fiche de référence des UO destinée à améliorer la qualité de PEC des urgences référées en améliorant la continuité de la PEC et en évitant les surdosages thérapeutiques**

- **La faisabilité de la collecte régulière d'indicateurs de performance**
- **La mise en place spontanée de changements en réaction aux données sur la performance**
  - **CS de Ouled Taima a réorganisé le circuit du patient porteur IST afin d'augmenter le taux de déclaration des cas.**

- **La maison d'accouchement de Sidi Bibi a réorganisé la gestion de l'ambulance communale afin de diminuer les délais d'évacuation des urgences obstétricales**
- **La CS de Biougra, au vue d'un faible taux de dépistage des IST en CPN (10%) a renforcé le dépistage systématique pour atteindre un taux de 100%**

**PROJETS D'AMELIORATION  
DE LA QUALITE DES SOINS  
ET SERVICES DE SANTE**

**INCITATION REGIONALE**

**OBJECTIFS ASSIGNES**

- **Encourager les initiatives d'améliorations de la qualité des soins et services**
- **Promouvoir la culture qualité dans la région**
- **Créer une émulation entre les équipes AQ**

**REGLES DU JEU**

- **Lancement d'un appel d'offres pour des projets d'amélioration de la qualité**
- **Chaque délégation fera une pré-sélection de quatre projets qu'elle soumettra à la région**
- **La région retiendra les deux meilleurs projets par province soit un total de 14 projets AQ**

- **La sélection finale se fera par URGP, la CRAQ et les personnes ressources de chaque province**
- **Les PAQS sélectionnés recevront un appui technique et une motivation pour l'équipe la plus performante**

### **CRITERES DE SELECTION PRIORITAIRES**

- **Thème d'amélioration clinique**
- **Documenté par des données**
- **Améliorations sous contrôle de l'équipe**
- **Améliorations sélectionnées communes à région**
- **Engagement du leadership dans la mobilisation de son équipe**
- **Rapidité prévisible d'améliorations**

### **CRITERES DE SELECTION FACULTATIFS**

- **Idée sur l'approche globale pour atteindre son but d'amélioration**
- **Approche peut impliquer les membres de la communauté ou ONG**
- **Partenariat entre le secteur public et privé**

## RESULTAS ATTENDUS

- **Tirer la leçon de cette initiative qui pourra être répétée voir institutionnalisée comme mécanisme d'amélioration continue de la qualité**

## ETAT D'AVANCEMENT

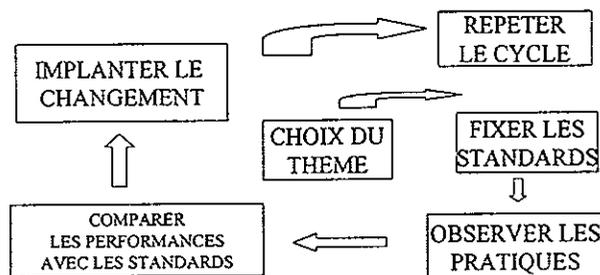
- **La CRAQ a reçu dix projets**
- **Elaboré une grille de sélection avec un système de cotation**
- **La CRAQ va procéder à la sélection**

## LE MAINTIEN DE LA PERFORMANCE

- **Le développement d'aides mémoires**
- **Le développement de fiches médicales de soins**
- **Le développement d'un outil d'auto-évaluation de la performance des agents**
- **Comme outils de pérennisation de la formation SONU**

## AUDIT DES DECES NEO- NATALS, MATERNELS ET DES NEAR MISS

### LE CYCLE DE L'AUDIT



### OBJECTIF DU PAIN

- **Réduction de la mortalité néo-natals précoce dans les services de pédiatrie et maternité de l'ensemble des hôpitaux de la région SMD par l'implantation de l'audit néo-natal et l'amélioration du processus de soins et de PEC du NN**
- **Dynamisation du processus de régionalisation à travers la gestion d'un projet à caractère régional**

## SITUATION DE DEPART

Dans la RSMD il y a annuellement

- 18 690 accouchements dans les six hôpitaux site de l'étude
- 430 décès néo-natals
- 750 Morts-nés

## RESULTATS DE L'EVALUATION

- Réduction de la mortalité NNP de 68,5% en 1998 à 63% en 1999
- Le rythme de réunions: sur un total de 219 décès entre janvier 99 et juin 99 environ 20% ont été audités et 2/3 ont été jugés évitables

- Amélioration du processus de soins localement : vigilance devant les facteurs de risques et les moyens de PEC d'un NN notamment appel médecin , mise en condition du NN et amélioration de l'asepsie dans les deux services maternité et pédiatrie
- Une bonne interaction professionnelle entre les équipes de pédiatrie et maternité

## PERENNISATION

- **Consolider les résultats du PAIN**
- **Etendre la dynamique d'audit interne aux incidents critiques en maternité : mortalité maternelle et les Near Miss (cas de catastrophes obstétricales évitées de justesse)**

## CONCLUSION

- **La région a un rôle important à jouer en matière d'élaboration de normes selon les priorités régionales (collaboratif)**
- **La mise en place des équipes d'amélioration continue de la qualité est le meilleur moyen d'adhésion aux normes**
- **L'instauration de l'audit interne est un instrument d'auto-évaluation des équipes**

- **Pour atteindre les résultats attendus par *Progen* à savoir une amélioration de l'accessibilité, utilisation, qualité et l'efficacité des services de santé il faut définir des normes d'input pour remettre à niveau nos structures de soins**

## ANNEXE 4 : CLASSIFICATION DES NORMES ET STRUCTURES DE NORMALISATION

### Classification des normes de soin

Journées de la normalisation  
Ministère de la Santé du Royaume du  
Maroc  
2001

#### Plan



- ♦ 1. Définitions et classification des normes
- ♦ 2. Exemple
- ♦ 3. Conclusion

#### Définitions

- ♦ Norme : énoncé du niveau qualitatif souhaité ou exigé d'un service ou d'une des caractéristiques du service
  - Exemples :
    - ♦ toute anesthésie générale doit être pratiquée sous la supervision directe d'un médecin anesthésiste qualifié
    - ♦ Chaque patient reçoit une information claire et objective sur son état de santé

## Norme, standard, référence

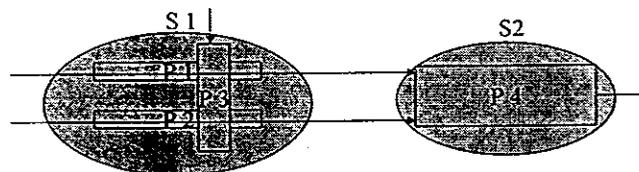
- ♦ Le standard est la traduction anglaise du mot norme
- ♦ La référence est un synonyme de norme
- ♦ Les « American standards for hospitals » sont équivalents aux références du manuel d'accréditation des établissements de santé.

## Différences sémantiques

- ♦ On emploie plus souvent le terme de norme dans l'industrie (Normes ISO), et quelquefois le terme peut prendre une connotation réglementaire
- ♦ Dans ce dernier sens, la norme est une référence rendue obligatoire par le législateur : normes d'hygiène ou de sécurité

## Cartographie des normes

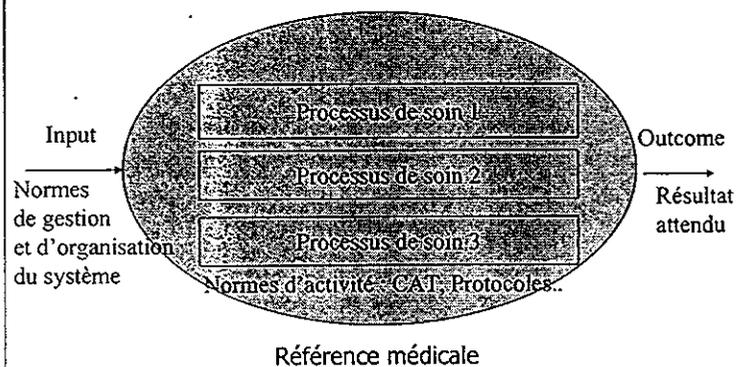
- ♦ La normalisation découle de l'analyse des systèmes
- ♦ Un système comprend un ou plusieurs processus qui peuvent interagir entre eux



## Input, process et outcome

- ♦ Termes anglo-saxons servant à définir les composants d'un système
- ♦ L'input est l'organisation préexistante, les ressources et les moyens dont le système dispose
- ♦ Le process est la description des activités de soin ou de prévention (cf processus)
- ♦ L'outcome est le résultat du process

## Différenciation des normes



## Précisions

- ♦ Les normes d'input sont des normes administratives, elles peuvent prendre la forme de règlements ou de décrets fixant les moyens, les ressources et les compétences minimales pour effectuer une activité.
- ♦ Ces normes sont un des éléments de la politique sanitaire.
- ♦ Elles ont pour objectif d'assurer à tous les patients une égalité d'accès aux soins par la mise en place de structure de soin de qualité homogène.

## Précisions

- ♦ Les normes d'activités prennent des formes multiples, ce qui entraîne une confusion.
- ♦ Il faut absolument différencier clairement les références médicales (recommandations, guidelines) et les protocoles, les CAT, les procédures..

## Place des références médicales nationales

- ♦ Une référence médicale est une norme qui permet :
- ♦ Soit de trancher dans le cas d'un choix entre des pratiques concurrentes
  - Exemple : prise en charge de l'IDM à sa phase aiguë, techniques médicales versus techniques chirurgicales
- ♦ Soit de définir une pratique homogène et à la pointe de la connaissance pour une pathologie donnée

## Décision de rédaction de la référence médicale nationale

- ♦ Une référence médicale est écrite en suivant un processus long, donc coûteux. C'est la méthode que nous décrivons ultérieurement.
- ♦ Ce processus a pour but d'assurer la meilleure qualité possible à la référence.
- ♦ Une référence ne sera donc nécessaire et utile que dans le cas de pathologie ayant une incidence importante sur la santé publique du pays, soit en terme de risque sanitaire, soit en terme de coût.

## Utilité de la référence nationale

- ◆ Une référence nationale n'est pas utile :
  - Dans le cas des pathologies connues, dont l'exploration ou le traitement sont peu variables.
    - ◆ Dans ce cas la formation initiale des praticiens fixe une norme « de fait ».
  - Dans le cas des pathologies émergentes, ou rares.
  - Dans le cas de pathologies locales.

## Place des procédures et des protocoles

- ◆ Les procédures, les protocoles, les CAT et les autres outils normatifs :
- ◆ Découlent de la référence nationale s'il en existe une.
- ◆ Existents comme norme « indépendante » à usage local lorsqu'il n'existe pas de référence nationale.
  - Il serait alors préférable de ne pas les appeler « références » pour éviter la confusion.
  - Leur élaboration peut s'inspirer de la méthode élaborée au niveau national, en l'allégeant.

## Les difficultés issues du vocabulaire

- ◆ Le plus souvent, les différentes normes (référence, protocole, procédure.) sont mélangées au sein d'un même document, alors qu'elles ne s'adressent pas forcément aux mêmes acteurs
- ◆ Il est difficile de proposer des indicateurs pertinents si on ne peut définir le type de norme

## Les difficultés génériques

- ♦ Certaines normes sont systémiques et reposent sur l'efficacité de processus secondaires non maîtrisés par la personne responsable du processus primaire
  - Exemple : l'information du patient peut nécessiter la mise en place d'un processus de recueil des éléments du dossier médical, à l'aide d'un système d'information complexe, afin de procéder à la synthèse de toutes les informations cliniques et paracliniques. En l'absence d'un tel système, le praticien peut se retrouver dans l'incapacité d'informer le patient avec exactitude dans les meilleurs délais.

## Mises en gardes

- ♦ Une « norme » ou un indicateur isolés, ne sont pas des outils d'amélioration de la performance
  - La norme est le référentiel, l'indicateur est l'outil de mesure
    - ♦ Exemple : La norme dit que la température d'une pièce doit être à 23 °, mais ce n'est pas en regardant le thermomètre que l'on augmentera la température, c'est en mettant le chauffage en marche.

## Rédaction de norme, un exemple d'outils et leur définition.

Norme imaginaire de prise en charge du syndrome méningé chez l'enfant

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- La découverte d'un syndrome méningé fébrile chez l'enfant impose l'hospitalisation immédiate. Selon la présence et l'importance de signes de gravité associés, le praticien orientera le patient vers la structure adaptée.

Il s'agit d'une référence générale, s'appliquant à l'ensemble de la communauté médicale du pays. Elle doit être rédigée selon la méthode décrite. Elle n'explique pas ce qu'est un syndrome méningé ou quels sont les signes de gravité. Elle ne donne pas non plus la définition des « structures adaptées ». Ces notions doivent donc être précisées, mais pas forcément dans le même document.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- A l'admission d'un enfant présentant un syndrome méningé fébrile, le service mettra en œuvre les moyens de réanimation nécessaires, selon l'état de gravité du patient, et entreprendra  systématiquement  la recherche de l'étiologie par la réalisation, en plus des examens habituels, d'une PL et d'un test tuberculinique. Un traitement associant deux antibiotiques actifs sur les germes les plus fréquents sera immédiatement entrepris.
- ♦ La norme fixe les gestes systématiques à accomplir. Elle n'explique pas comment les faire. De même, les antibiotiques peuvent être laissés au choix des établissements, ou précisés s'il s'agit d'un protocole national.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- Circulaire ministérielle du ...
  - Les services habilités à l'accueil et au traitement des urgences pédiatriques doivent disposer au minimum :
    - De la présence à temps plein d'un médecin spécialisé en pédiatrie selon la Loi du ..
    - De locaux répondant aux spécifications du décret N°. du ...
  - Ces services sont soumis à la certification selon la procédure ..
- ♦ Il s'agit de la norme d'input, administrative, qui définit les moyens minimum requis pour exercer telle ou telle activité.
- ♦ La rédaction de telles normes est une prérogative ministérielle typique. Par contre, la certification peut être mise en œuvre par d'autres structures.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- CAT devant un enfant présentant un tableau fébrile et des vomissements
  - Interrogatoire...
  - Examen...
  - CAT : en cas de suspicion de syndrome méningé fébrile, la référence impose l'hospitalisation.
- La CAT adopte un langage « patient » et décrit des situations cliniques, non des « syndromes », que le patient est incapable d'exprimer. C'est une norme d'activité, destinée au professionnel. Elle peut être rédigée au niveau national, ou local (par exemple par les pédiatres hospitaliers dans ce cas), selon une procédure allégée. Elle rappelle la référence. Le médecin doit APPRENDRE les CAT, soit au cours de sa formation initiale, soit en FMC (EPU ?)

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- Aide mémoire : savoir reconnaître un syndrome méningé et les signes de gravité. Ou l'hospitaliser.
  - Interrogatoire : notion de contamination (zone endémique, baignade..)
  - triade méningée : céphalées, nausées ou vomissements, photophobie..
  - Signes d'examens : raideur de nuque (schéma)..
  - Signes de gravité neurologiques..
  - Gestes de conditionnement au transport.
  - Liste des hôpitaux de référence.
- L'aide mémoire est un outil de pratique quotidienne, qui peut être écrit sous forme de tableau, ou de dessin. De façon synthétique, le médecin ou le professionnel dispose des informations nécessaires à la REALISATION des activités en vue du respect de la NORME. La rédaction des aides mémoires est locale, voir individuelle.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- Procédure de prise en charge d'un enfant présentant une suspicion de syndrome méningé fébrile.
  - Dès l'arrivée aux urgences ou dans le service :
  - Gestes de réanimation, PL,Rx Pulmonaire, test tuberculinique, NF, VS, ..
  - Mise en place d'un traitement antibiotique:
    - PENI x mg/kg/jour en x injection IV flash ou ..
    - RIFAMYCINE x mg/kg/J en X injection IV flash ou..
    - Signature du chef de service :
- ♦ Ceci est un protocole de service, qui est l'outil local permettant de normaliser la prise en charge.
- ♦ Il n'est pas nécessaire de le rédiger au niveau national.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

### ■ Fiche du patient

- Nom :                      Prénom :
- Age :                      Taille:                      Poids :
- Arrivé le :                      à : heure
- PL oui non                      faite par :                      à : heure
- Test tuberculinique oui non
- Traitement :    PENI : x mg/J                      GENTA : x mg/J

- La fiche suiveuse permet de recueillir les informations qui permettront d'évaluer le respect de la norme. A partir de ces fiches, toutes les procédures d'évaluation classiques sont facilitées (audit, auto-évaluation). De plus, cela permet un recensement exact des cas pour une pathologie donnée. Elle peut remplacer la procédure dans de nombreux cas. Elle est rédigée par le service.

## Prise en charge du syndrome méningé de l'enfant

- Protocole de la Ponction Lombaire chez l'enfant.
  - Matériel requis : champ stérile, trocart à PL ou kit à usage unique n°.., bétadine, gants stériles, gaze..
  - Procédure : placer le patient dans la position du schéma 1. Procéder au repérage anatomique (schéma 2)...
- Protocole opératoire, pour un geste. Très utile pour l'enseignement des étudiants. Normalement, il est inutile de le trouver dans une référence nationale, sauf si cette référence a pour objet le geste en question (cas de l'introduction d'une nouvelle technique).
- Cas pratique où la collaboration des partenaires industriels (fabricant des kits, de l'antiseptique..) peut être envisagée.
- ◆ N'est ce pas aussi à ce moment que la médecine doit rester un art, et privilégier un enseignement de maître à élève, basé sur la transmission d'un savoir faire et non sur l'application de normes ?

## Conclusions

- ◆ Les termes employés pour les différentes normes de soin ont une importance non négligeable dans la compréhension du processus de qualité
- ◆ Nous proposons de garder le terme de référence, choisi par les membres du séminaire de 1999 pour désigner uniquement les normes d'émanation centrale et à application nationale
- ◆ Les autres normes locales ou régionales ont une place dans le processus d'amélioration qualitative, mais elles doivent alors être présentées avec d'autres dénominations, pour éviter toute confusion.

## Conclusions

- ♦ Afin d'assurer la plus grande efficacité au système d'assurance qualité, l'activité de normalisation et d'évaluation doit être régulée entre les acteurs centraux et locaux.
- ♦ Cette régulation doit avoir pour objectifs de ne pas engorger l'un ou l'autre par des tâches inutiles et d'assurer la meilleure circulation des informations strictement nécessaires à l'assurance qualité.

## Les structures de normalisation

Journées de la normalisation  
Ministère de la Santé du Royaume du  
Maroc  
2001

### Plan



- ◆ 1. Revue des organismes de normalisation en santé
- ◆ 2. Pourquoi un organisme de normalisation des pratiques de soins ?
- ◆ 3. FCS et proposition de schéma de fonctionnement

### Place des organismes de normalisation

- ◆ L'organisme de normalisation peut assumer plusieurs rôles :
  - Choix des thèmes ayant une portée nationale
  - Redistribution des subventions aux équipes locales
  - Certification des équipes ou des établissements
  - Dialogue avec les financeurs et les patients
  - Lieu de référencement des normes

## Petite revue des organismes de normalisation

- ♦ Il faut distinguer :
- ♦ Les organismes de normalisation hospitalière
- ♦ Les organismes de normalisation des matériels
- ♦ Les organismes de normalisation des médicaments
- ♦ Les organismes de normalisation des nomenclatures des actes de soin
- ♦ Les organismes de normalisation des pratiques de soins

## Les organismes de normalisation de l'hospitalisation

- ♦ Le plus souvent, il s'agit d'agences indépendantes: USA, Canada, Australie, France...
- ♦ Dans les pays d'Europe du nord, ce sont des agences d'état.
- ♦ Leur rôle est toujours de normaliser et de certifier, afin d'assurer une qualité de gestion et de fonctionnement des structures de soin

## Les organismes de normalisation des matériels

- ♦ L'ISO normalise et certifie les entreprises.
- ♦ En Europe, la norme CE régit les matériels médicaux. Il existe un laboratoire agréé dans chaque pays membre de la CE. Une entreprise certifiée ISO bénéficie d'une procédure allégée.
- ♦ Aux USA, cette certification est assurée par la FDA. De plus en plus, le marquage CE et les normes FDA se rapprochent.
- ♦ Le rôle est de normaliser et de certifier afin d'assurer une qualité de fabrication et une sécurité d'emploi.

## Les organismes de normalisation des médicaments

- ♦ L'ISO certifie les laboratoires.
- ♦ Les médicaments sont soumis à une procédure de certification propre à chaque pays.
- ♦ Leur rôle comprend souvent un volet financier (fixation du prix de vente du médicament)

## Les organismes de normalisation des nomenclatures

- ♦ Propres aux pays pratiquant une rémunération à l'acte
- ♦ Leur rôle est de proposer au financeur un classement exhaustif des actes médicaux, afin d'évaluer leur valeur

## Les organismes de normalisation des activités de soin

- ♦ Ces organismes sont très divers, selon les pays.
- ♦ On retrouve des financeurs (HMO, Medicare, Sécurité Sociale), des organisations professionnelles et des agences indépendantes.
- ♦ C'est le domaine le moins normalisé de la normalisation, car plusieurs types de structures peuvent cohabiter dans le même pays.
- ♦ Leur rôle est de normaliser, rarement de certifier.
- ♦ Leur efficacité est contestée.

Pourquoi un organisme de normalisation des pratiques de soin ?

### Pour organiser le travail de rédaction des normes

- ♦ Dans les pays à organismes multiples, ou sans organisme, on a assisté à une multiplication des guides de pratiques, des recommandations, des normes de pratique
- ♦ Ce foisonnement anarchique est préjudiciable :
  - le praticien peut se retrouver dans une situation d'incertitude que la norme est sensée lui éviter
  - C'est un gaspillage de ressources, par la répétition inutile du même travail.
  - il peut être la source d'une désaffection des professionnels pour les activités d'amélioration de la qualité : trop de norme tue la norme.

### Pour assurer un suivi de l'efficacité des normes

- ♦ Le talon d'Achille de toute normalisation des pratiques est l'évaluation de leur efficacité
- ♦ Si on ne prend pas en compte dès le début de la rédaction les tâches à accomplir localement pour adapter et mettre en place les normes d'activités et les indicateurs, une norme est condamnée à rester dans un tiroir.

## Pour apporter un soutien aux échelons locaux ou régionaux

- ♦ La référence est nationale, mais les protocoles, les procédures d'activités, les CAT, les aides mémoires peuvent être en grande partie mises au point localement
- ♦ L'organisme de normalisation doit être le chef d'orchestre des activités locales de rédaction, et non le rédacteur direct de l'ensemble des normes.

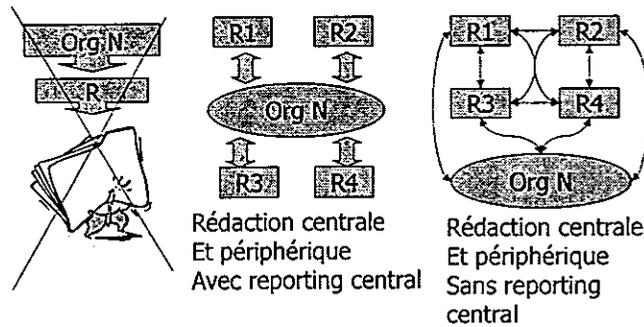
## Pour assurer le financement de la normalisation

- ♦ La normalisation est un investissement.
- ♦ Cet investissement ne peut être supporté entièrement par l'administration centrale, quelle que soit sa forme, ni par les établissements.
- ♦ Dans tous les pays, le financeur de santé participe à l'investissement.
- ♦ L'organisme de normalisation est chargé de gérer le fond d'investissement en normalisation.

## Les facteurs clefs de succès d'une organisation efficace

- ♦ Centraliser uniquement ce qui doit l'être
- ♦ Soutenir les actions locales grâce à la réunion de compétences
- ♦ Assurer une coordination des actions, et mettre en place une « plaque tournante » informative
- ♦ Ne pas capter les compétences locales, mais chercher à les renforcer

## Les schémas envisageables



## Les objectifs de l'atelier

- ♦ 6 questions :
- ♦ 1 . Un organisme national de normalisation des pratiques de soins est-il nécessaire au Maroc ?
- ♦ 2. Quel type de structure serait adapté à la société médicale marocaine (agence indépendante, département ministériel.)?
- ♦ 3. Quel serait son domaine de compétence (public, privé, médecine ambulatoire, médecine hospitalière) ?

## Les objectifs de l'atelier

- ♦ 4. Quel serait son rôle (rédaction, évaluation, certification) ?
- ♦ 5. Quelles seraient les représentations obligatoires (Ordre National, Ministère, associations.)?
- ♦ 6. Quelles compétences devrait-il réunir ?

## ANNEXE 5 : RESULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE

### Premier Atelier

#### GROUPE I

#### **Question n° 1 : Un organisme National de normalisation des pratiques des soins est-il nécessaire au Maroc ?**

En traitant cette question le groupe a été confronté à au problème de définition du domaine à normaliser, et que les pratiques de soins ne répondent qu'à une partie du système de santé (chaque domaine possède sa propre méthode de normalisation).

Le groupe s'est mis d'accord sur le fait de commencer par les pratiques de soins tout en ayant à l'esprit qu'il faut dans une vision future de l'extension à d'autres domaines.

La réponse à la question est **oui** car nous pensons qu'il est important d'avoir une structure de normalisation, et d'avoir des pratiques qui se réfèrent à des normes.

#### **Question n°2 : Quel type de structure serait adapté à la société médicale marocaine (Agence indépendante, département ministériel, etc.)**

Le groupe a opté pour une Agence indépendante sous la tutelle de l'état.

#### **Question n° 3 : Quel serait son domaine de compétence (public, privé)**

Le groupe a discuté les opportunités de commencer soit:

- Dans un premier temps, commencer par le public et par la suite, dans une vision stratégique viser le secteur public/privé
- Directement commencer par le public/privé.

En résumé, le groupe a décidé que le démarrage intéressera dans un premier temps, le secteur public dans une vision de mise à niveau des établissements de santé et par la suite aller vers le privé.

#### **Question n° 4 : Quel serait son rôle ? (Rédaction, évaluation ou certification)**

- Préparation et encadrement de l'opération de normalisation ;
- Evaluation ;
- Accréditation ;
- Accompagnement de la mise à niveau du secteur public ;
- En plus de ce qui a été rapporté dans le guide d'élaboration du référentiel.

#### **Question n° 5 : Quelles seraient les représentations obligatoires ?**

Les représentations jugées obligatoires par le groupe sont :

- Le ministère (directions, délégations) ;
- Les ordres ;
- Les facultés de médecine ;

**Question n°6 : Quelles compétences à réunir ?**

Les compétences à réunir sont celles citées dans le guide d'élaboration du référentiel.

En conclusion, le processus de mise en place d'une structure de normalisation est une opération cruciale dans le chemin de la normalisation. C'est pertinent d'y penser mais il ne faut pas oublier les préalables à mettre en place en vue d'assurer le bon fonctionnement de cette structure, comme l'expertise, la disponibilité des ressources et la mise à niveau du système de santé.

**GROUPE II**

**Question n°1 : Un organisme National de normalisation des pratiques des soins est-il nécessaire au Maroc ?**

Le groupe a jugé qu'il est très utile d'avoir un Organisme National de normalisation des pratiques des soins pour les raisons suivantes :

- L'organisme représente un axe stratégique National ;
- C'est un référentiel pour l'assurance qualité ;
- Permet la mise au point de ce qui existe déjà ;
- Permet d'éviter les dérapages ;
- L'élaboration de norme permettrait la planification, l'évaluation et la supervision.

**Question n° 2 : Quel type de structure serait adapté à la société médicale ?**

C'est un organisme, autonome, sous tutelle du ministère de la Santé où seront représentés tous les acteurs concernés.

**Question n° 3 : Quel serait son domaine de compétence (public, privé) ?**

L'évolution de cet organisme doit être progressive :

- Dans un premier temps se chargera du secteur public, en commençant par le secteur hospitalier vu son importance dans le système et les problèmes qui existent dans ce secteur, puis vers l'ambulatoire ;
- Dans le deuxième temps, l'extension sera faite vers le secteur semi-public ;
- Dans un troisième temps le secteur privé sera concerné.

**Question n° 4 : Quel serait son rôle ?**

Les rôles de cet organisme sont :

- La rédaction ;
- Le suivi et l'évaluation ;
- Quant au rôle de certification, il sera attribué à un autre organisme.

**Question n° 5 : Quelles seraient les représentations obligatoires ?**

Les représentations obligatoires sont :

- Les directions centrales du ministère de la Santé ;

- Les délégations ;
- L'ordre national des médecins, des pharmaciens ;
- Les représentants des professionnels ;
- Les assureurs, les mutuelles (financeurs...) ;
- Les représentants de la société savante.

**Question n° 6 : Quelles compétences à réunir ?**

Les compétences à réunir sont :

- Les économistes, les experts en finance ;
- Les médecins, infirmiers, pharmaciens ;
- Juriste ;
- Sociologues ;
- Experts en qualité ;
- Les experts en santé publique ;
- Les méthodologistes.