



*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

## du 10 au 23 juillet 2002

## Karki Mahamane, URC

**Activités : I.B.4.3 & I.C.4.3**

**Soumis : le 2 septembre 2002**

**Liste de Distribution :**

Dr. Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP  
Dr. Saida Jroni, Ministère de la Santé/DHSA  
Dr. Nada Darkacoui, Ministère de la Santé/DHSA  
Dr Amina Sahel, Ministère de la Santé/DHSA  
Dr. Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA  
M. Mustapha El Mahotj, Tanger-Tétouan  
M. Abdelwahed Karimi ; Ministère de la Santé/DRH  
Dr. Rachid Bekkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan  
Dr M.A. Cherradi, Coordinateur Régional de Souss-Massa-Drâa  
Délégués provinciaux des régions SMD et TT  
Commissions Régionales AQ de TT et SMD  
Mme Susan Wright, USAID/Maroc  
M. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc  
Dr Benammar, OMS/Maroc  
M. Gerrard Collange, ADF  
M. Jean Mammer/Etienne Kaisin, Coopération Belge  
M. Miloud Kaddar, PAGGS  
M. Vincent Fauveau, FNUAP/Maroc  
Mme Nicole Lafrance, UNICEF / Maroc  
M. Shibata Kazunao, JICA  
M. Oubnichou, CMS  
Mme Maryse Pierre-Louis, Banque Mondiale  
Mme Paloma Sancho, Coopération Espagnole  
Mme Najat Sarhani, MOST  
M. Ulrich Knobloch, GTZ  
M. Paul Vandenbusshe/Mme Marlène Abrial, UE  
Dr Tisna Veldhuyzen van Zanten, URC/Bethesda  
Mme Ellen Coates, URC/Bethesda  
Dr Theo Lippeveld, JSI/Boston  
Pr. Rachid Bezad, Rabat  
Dr Volkan Cakir, JSI/Maroc  
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc  
Mme Boutaina El Omani, JSI/Maroc  
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc

A

# TABLE MATIERES

<b>Acronymes</b> .....	<b>i</b>
<b>Executive Summary</b> .....	<b>1</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>2</b>
I. Contexte .....	3
II. Objectifs.....	3
III. Activités réalisées .....	4
IV. Résultats.....	5
V. Idées discutées et recommandations .....	6
VI. Etapes suivantes.....	9
<b>Annexes</b> .....	<b>11</b>
Annexe 1 : Termes de référence du consultant.....	12
Annexe 2 : Programme détaillé de la mission .....	14
Annexe 3 : Personnes rencontrées .....	15
Annexe 4 : Questions clés pour le suivi de la formation GIQua améliorée.....	16
Annexe 5 : Exemple de tableau de bord de suivi d'un plan d'action AQ .....	18
Annexe 6 : Programme de l'atelier de formation .....	20
Annexe 7 : Liste des participants à la formation .....	25
Annexe 8 : Liste des formateurs.....	26
Annexe 9 : Résultats des pré et post-tests.....	27
Annexe 10 : Evaluation de l'atelier .....	29

## ACRONYMES

AQ	Assurance Qualité
CAB	Chtouka Aït Baha
CRAQ	Cellule/Commission Régionale d'Assurance Qualité
CRC	Comité Régional de Coordination
CS	Circonscription Sanitaire
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
DRH	Direction des Ressources Humaines
FBM	Fahs Béni Makada
GIQua	Gestion Intégrale de la Qualité
IAM	Inezgane Aït Melloul
JSI	John Snow Inc.
MS	Ministère de la Santé
PNAQ	Programme National d'Assurance Qualité
<i>Progress</i>	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
QAP	Quality Assurance Project
RTT	Région de Tanger-Tétouan
SG	Secrétaire Général
SIAAP	Service des Infrastructures et des Actions Ambulatoires Provinciales
SMD	Souss-Massa-Drâa
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSI	Système d'Information Sanitaire
TDR	Termes de Référence
TT	Tanger-Tétouan
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development

## EXECUTIVE SUMMARY

This consultancy is part of the technical assistance to *Progress* (Projet Régional de Gestion des Services de Santé) under its "Improvement of health care" component, which has two (2) objectives:

- Develop reference material for training in QA
- Teach modern skills in quality improvement to a pool of facilitators

Following several working meetings with partners of the "Quality" component in Morocco, especially the Ministry of Health, USAID, JSI and the Souss-Massa-Drâa Health Region, the consultancy has resulted in the following:

- The didactic material for training in modern approaches to quality improvement have been developed;
- Twenty-four (24) facilitators, nineteen (19) of which from the Souss-Massa-Drâa region and five (5) from the Tanger-Tétouan region, have been trained in these modern approaches.

Particular stress has been put on measures that could revitalize and strengthen the quality improvement sites, many of which are at present undergoing a lethargic phase.

Following discussions with officials of the Ministry of Health, the Souss-Massa-Drâa Health Region, USAID and JSI, priority actions have been determined that may refocus quality leadership and strengthen the capacities of health regions to decentralize health policy management, especially insofar as the specific aspects of promoting health care and service quality are concerned. These are:

1. Strengthen leadership at the level of regions and provinces through a "Top Management" workshop to be held for delegates.
2. Ensure the follow-up of the twenty-four (24) trained facilitators.
3. Institutionalize the focuses of Quality Assurance at central level as well as in the regions and provinces.
4. Implement the strategic planning of quality improvement.
5. Build up the skills in data management.

It is hoped that these focal points will result in specific activities before the end of the current year so as to provide the conditions that would allow the actual re-launching of quality improvement activities through integrated regional and provincial quality improvement plans.

## RESUME

La présente mission s'inscrit dans le cadre de l'assistance technique au Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*) dans sa composante "Amélioration de la qualité des soins". Elle avait deux (2) objectifs :

- Développer le matériel de référence pour la formation en Assurance Qualité ;
- Enseigner les compétences modernes de l'amélioration de la qualité à un pool de facilitateurs.

Au terme de plusieurs sessions de travail avec les partenaires au dossier "Qualité" au Maroc, notamment le Ministère de la Santé, l'USAID, JSI et la Région Sanitaire de Souss-Massa-Drâa, la mission a abouti aux résultats suivants :

- Le matériel pédagogique pour la formation aux approches modernes d'amélioration de la qualité a été élaboré ;
- Vingt quatre (24) facilitateurs dont dix neuf (19) de la région Souss-Massa-Drâa et Cinq (5) de la région Tanger-Tétouan ont été formés à ces approches modernes.

Un accent particulier a été mis sur les mesures qui pourraient favoriser la redynamisation des sites d'amélioration de la qualité qui sont dans beaucoup de cas dans une phase léthargique.

Suite aux discussions avec les responsables au niveau du Ministère de la Santé, de la région Sanitaire de Souss-Massa-Drâa, de l'USAID et de JSI, des axes prioritaires ont été dégagés susceptibles de relancer le leadership pour la qualité et de renforcer les capacités des régions sanitaires à appliquer une gestion décentralisée de la politique de santé en particulier dans ses aspects spécifiques de promotion de la qualité des soins et des services. Ces axes sont les suivants :

1. Renforcer le leadership au niveau des régions et des provinces à travers l'organisation d'un atelier "Top Management" pour les délégués ;
2. Assurer le suivi des vingt quatre (24) facilitateurs formés ;
3. Institutionnaliser les points focaux de l'Assurance Qualité au niveau central et dans les régions et provinces ;
4. Instaurer une planification stratégique de l'amélioration de la qualité ;
5. Renforcer les compétences sur la gestion des données.

Il est souhaitable que ces axes soient traduits en activités concrètes avant la fin de l'année en cours, de manière à créer les conditions d'une relance effective des activités d'amélioration de la qualité à travers des plans d'action régionaux et provinciaux intégrés d'amélioration de la qualité.

## I. CONTEXTE

Le Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*) financé par l'USAID et exécuté par John Snow Incorporated (JSI) et University Research Co., LLC (URC) utilise, dans le cadre du renforcement des capacités régionales, l'Assurance Qualité comme un des moyens d'identifier des modèles innovateurs d'amélioration de la qualité des soins. La qualité des services de santé est en effet une priorité du Ministère de la Santé, exprimée dans le Programme National Assurance Qualité (PNAQ).

Dans le cadre de l'appui au processus de la décentralisation de la gestion des services de santé, *Progress* intervient dans les régions sanitaires de Souss-Massa-Drâa (SMD) et Tanger-Tétouan (TT).

A ces fins, de nombreuses activités AQ ont été initiées depuis janvier 2001, parmi lesquelles le lancement par appel d'offres de douze (12) micro projets d'amélioration clinique dans 6 provinces de Souss-Massa-Drâa. La méthodologie repose sur les principes modernes de l'amélioration de la qualité, et représente donc une évolution de la simple résolution de problème en équipe (GIQua). Ce « GIQua amélioré » insiste sur i) la sélection d'un objectif clinique d'amélioration ; ii) le monitoring de la performance et l'analyse des tendances ; iii) l'identification de changements systémiques ; iv) le test d'impact des changements ; v) l'identification et la diffusion des meilleures pratiques.

Ces différences représentent un progrès et justifient la formation des facilitateurs régionaux et provinciaux, dont les deux (2) régions et le niveau central pourront bénéficier.

La présente consultation a pour but de mettre à jour, par une formation, les compétences de quinze à vingt (15 à 20) facilitateurs déjà formés en GIQua, et qui ont la responsabilité de suivre des équipes d'amélioration de la qualité. La formation est choisie comme intervention pour les raisons suivantes :

1. Renforcer la maîtrise du contenu de l'Assurance Qualité par les facilitateurs dans le cadre de la nouvelle démarche d'Assurance Qualité basée sur les quatre étapes et les quatre approches de résolution de problème.
2. Orienter l'apport de la facilitation vers une maîtrise des indicateurs de suivi de la qualité avec un accent sur le test des hypothèses de solutions.
3. Clarifier avec les facilitateurs le concept "meilleures pratiques" et les modalités de diffusion de ces meilleures pratiques.
4. Aider les facilitateurs à identifier les approches pertinentes pour redynamiser les sites d'améliorations de la qualité à travers la maîtrise des techniques de facilitations.

## II. OBJECTIFS

Les objectifs assignés à cette mission consistaient à (voir TDR annexe 1) :

**Objectif 1** : Développer le matériel de référence pour la formation ;

**Objectif 2 :** Enseigner les compétences modernes de l'amélioration de la qualité à un pool de facilitateurs.

### **III. ACTIVITES REALISEES**

#### **III.1. BRIEFING AVEC LES INSTITUTIONS IMPLIQUEES A RABAT : 10 JUILLET 02**

L'atelier de formation a été précédé d'une phase préparatoire qui a conduit le consultant à discuter avec les responsables des différentes institutions impliquées, à savoir : le Ministère de la Santé, l'USAID et JSI pour obtenir toutes les clarifications sur les termes de référence de la mission et notamment les attentes subséquentes. Il est ressorti de ces discussions aux niveaux central les éléments clé suivants :

- Il y a un environnement actuellement favorable sur lequel la formation peut capitaliser ; par exemple il y a eu récemment une formation sur la gestion des données au niveau des provinces ; le système d'information prend en compte de plus en plus des indicateurs de qualité tels que le taux de grossesses à risque dépistées et référées ; le travail en équipe est maintenant une réalité ; les gens sont en quête de résultats et sont de plus en plus demandeurs ; il y a une appropriation de la démarche qualité et dans le cadre du budget-programme bientôt des indicateurs de performance vont être calculés.
- Il est important de mettre un accent sur le lien entre le système d'évaluation et le système de planification.
- Il faut réfléchir dans le sens que n'importe quel personnel puisse intégrer la démarche qualité sans être formé ou facilitateur.

A la suite de cette réunion de briefing, deux cadres du Ministère de la Santé dont le Responsable de l'Unité Qualité à la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) et le Chef de Service des Soins Infirmiers à la Direction des Ressources Humaines (DRH) ont été désignés pour travailler avec le consultant.

#### **III.2. REUNION PREPARATOIRE AVEC L'EQUIPE DE LA CRAQ : 12 JUILLET 02**

Une fois à Agadir, l'équipe venue du niveau central s'est renforcée par deux membres de la Commission Régionale d'Assurance Qualité (CRAQ). Le consultant a expliqué la méthode de travail qui se résumait en quatre points, à savoir (i) clarification des termes de référence de la mission, (ii) recueil des attentes des membres de la CRAQ représentant le niveau décentralisée, (iii) élaboration du projet de programme de l'atelier et (iv) élaboration du matériel de formation.

Suite aux discussions avec les membres de la CRAQ, il a été convenu de travailler tous les jours sans interruption du vendredi 12 au mardi 16 juillet afin de préparer le programme et tout le matériel de formation et ensuite de consacrer les quatre (4) jours prévus pour l'atelier au contenu de la formation suivant le découpage ci-dessous :

- Trois (3) jours affectés à la formation sur le contenu de l'Assurance de Qualité (GIQua améliorée) ;

- Un (1) jour sera consacré aux discussions sur les modalités de diffusion de meilleures pratiques et les techniques de facilitation applicables pour sortir les sites d'amélioration de la qualité de leur léthargie.

### **III.3. ELABORATION DU PROJET DE PROGRAMME DE L'ATELIER ET DU MATERIEL DE FORMATION : 13, 14, 15, 16 JUILLET 02**

Sur la base des attentes de membres de la CRAQ, le consultant et les deux cadres du Ministère de la Santé ont élaboré un projet de programme de l'atelier. L'équipe s'est ensuite référée à ce programme pour élaborer les différents supports à la formation.

### **III.4. DEROULEMENT DE L'ATELIER : 17 AU 20 JUILLET 02**

L'atelier s'est déroulé sur une durée de quatre (4) jours. Vingt quatre (24) participants ont été enregistrés dont dix neuf (19) de la région Souss-Massa-Drâa et cinq (5) de Tanger-Tétouan. La première activité de l'atelier a consisté au recueil des attentes des participants afin d'examiner dans quelle mesure le projet de programme permettra de les satisfaire (voir détail en annexe Programme de l'atelier de formation).

La méthodologie de l'atelier était basée sur l'approche andragogique laissant une grande place à la participation et la libre expression. Un questionnaire préalable a été administré au début de la formation pour apprécier les besoins spécifiques d'apprentissage. Les exposés illustrés avec des échanges interactifs ont été utilisés pour expliquer les nouveaux concepts. L'application des concepts a été maîtrisée à travers une étude de cas.

A la fin de la formation, un questionnaire consécutif au cours a été administré afin de mesurer les progrès par rapport à la situation de départ. L'atelier a également été évalué à l'aide d'un questionnaire d'opinion.

## **IV. RESULTATS**

### **Pour l'objectif 1 : *Développer le matériel de référence pour la formation***

- Un programme de formation comportant les objectifs et les résultats attendus pour chaque activité et un calendrier d'exécution a été élaboré.
- Un manuel de référence a été élaboré ; il est composé de six (6) modules, à savoir : Module I : Introduction à la Qualité des soins et services ; Module II : Les quatre étapes et les outils de la démarche d'amélioration ; Module III : Les quatre (4) approches d'amélioration de la qualité ; Module IV : Diffusion des meilleures pratiques d'amélioration de la qualité ; Module V : Méthodes et techniques de mesure de la qualité ; Module VI : techniques de facilitation des équipes d'amélioration de la qualité.
- Un manuel du participant comportant les diapositives relatives aux différents modules de la formation a été élaboré.

## **Pour l'objectif 2 : Enseigner les compétences modernes de l'amélioration de la qualité à un pool de facilitateurs.**

L'analyse des résultats des pré et post-test montre que la performance globale de l'ensemble des participants est passée de 41,3% au pré-test à 91,7% au post-test, ce qui montre un gain de 50,4%.

Au total tous les vingt quatre (24) participants ont satisfait à une performance au moins égale à 85% ce qui dénote l'efficacité des méthodes et techniques andragogiques utilisées au cours de l'atelier. A l'issue de cette formation ces facilitateurs sont en mesure de réaliser les activités suivantes :

- Aider les équipes d'amélioration de la qualité à choisir une approche de résolution de problème adaptée à leur site.
- Aider les équipes d'amélioration de la qualité à évoluer plus rapidement vers l'atteinte des objectifs d'amélioration au niveau de leur site, en utilisant les quatre étapes de résolution de problème.
- Aider les équipes d'amélioration de la qualité à utiliser un esprit scientifique dans leur démarche à travers la vérification des hypothèses d'intervention sur la base d'une série de données présentées sous forme de courbe de tendance-temps.
- Aider les équipes d'amélioration de la qualité à documenter et à sélectionner les meilleures pratiques et à choisir les modalités de leur diffusion.
- Aider les équipes à utiliser le benchmarking comme source d'identification des meilleures pratiques replicables dans leur site.
- Utiliser les techniques de facilitation pour redynamiser les sites d'amélioration de la qualité en cours dans leur province.
- Monter un dossier "qualité" convaincant pour faire un plaidoyer pour la qualité auprès des responsables de leur province.
- Utiliser le cadre logique de l'Assurance de Qualité pour identifier les besoins prioritaires d'amélioration au niveau des processus cliniques.
- Planifier et suivre les travaux des équipes d'amélioration de la qualité suivant un modèle de plan glissant, dans leur province.

## **V. IDEES DISCUTEES ET RECOMMANDATIONS**

Il ne fait plus aucun doute que face à des données nouvelles dans le champ de l'action, la formation s'impose comme l'intervention appropriée pour apporter la clarification des concepts nouveaux et créer les conditions de leur application en situation d'apprentissage. Cependant, à elle seule, la formation n'est pas suffisante pour insuffler une dynamique soutenue au sein des équipes d'amélioration de la qualité ni pour entraîner des changements durables dans des contextes aussi marqués par leurs différences. Redynamiser des équipes tombées dans la léthargie, coordonner les efforts de plusieurs équipes en activité, maintenir un bon niveau de performance, communiquer les meilleures pratiques, assurer un suivi simultané des changements en cours dans une province, tout ceci exige une organisation et des talents particuliers. Aussi, dans le cadre de la présente mission, plusieurs questions ont été discutées, tant au niveau central qu'à l'échelon décentralisé, dans le but de

créer les conditions idoines pour potentialiser les effets d'une bonne facilitation sur les processus d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Les idées discutées à tous ces niveaux convergent autour des axes suivants :

### **1. Renforcer le leadership :**

Les discussions ont fait ressortir un déficit de leadership pour soutenir et encourager les équipes d'amélioration de la qualité. Par exemple dans les provinces, les facilitateurs ont souligné l'absence de visite des responsables tant de la province que du niveau central. Ils ont souhaité, à cet effet, obtenir un soutien immédiat et des visites des responsables provinciaux, régionaux et centraux sur les sites d'amélioration de la qualité. Au niveau central, les efforts d'encadrement et d'encouragement n'arrivent pas à être entièrement canalisés vers les échelons périphériques où se déroulent les activités d'amélioration de la qualité.

Le leadership a besoin d'être rapidement renforcé pour servir de levier aux initiatives régionales et locales. Pour ce faire, un atelier "Top Management" pourrait être organisé avec les Délégués et certains cadres centraux impliqués directement dans l'introduction de cette approche Qualité. Cet atelier devrait permettre de développer des outils pratiques de gestion situationnelle des équipes et de gestion basée sur la performance.

### **2. Assurer le suivi des vingt quatre facilitateurs formés :**

La formation apporte des méthodes, des techniques et des outils qui doivent par la suite être expérimentés dans un environnement réel de travail. Pour cette raison, tout agent formé a le droit d'être visité par son "formateur" dans les quatre (4) semaines au plus tard suivant cette formation. Le suivi s'inscrit dans la perspective d'un renforcement des compétences en ce sens qu'il se situe à l'étape finale d'un processus comprenant également la phase d'identification des besoins (attentes) d'apprentissage, la phase de programmation de la formation, la phase du développement du contenu et enfin la phase du déroulement des activités d'enseignement / apprentissage. Le suivi permet au formateur et à l'agent formé de déterminer la performance après la formation, dans les conditions réelles de travail et surtout de relever les facteurs susceptibles d'expliquer les défaillances afin d'apporter une réponse pertinente et immédiate (voir fiche de suivi en annexe ).

### **3. Formaliser les structures de coordination des actions d'amélioration de la qualité des soins et services :**

Le rapport de mission de Dr Bruno Bouchet (14 au 26 janvier 2002) met en exergue la nécessité du "**renforcement de la cellule AQ au niveau central pour mieux répondre aux besoins des régions**"<sup>1</sup>. Ce rapport mentionne "le besoin évident d'avoir, au Maroc, des personnes-ressources à temps plein sur la base d'une vision à long terme soutenant la mise en place d'un réseau d'experts capables d'apporter un appui aux structures de santé dans des domaines aussi variés que le développement des guides cliniques, la mesure de la qualité, la formation en AQ, la facilitation d'équipes, l'utilisation d'outils et méthodes d'amélioration, etc". Une des limites à la dynamique des équipes et à l'extension des mécanismes d'amélioration

---

<sup>1</sup> Le rapport de mission de Bruno Bouchet (page 26), du 14 au 26 janvier explique en détail le sens de cette recommandation.

reste le manque de personnes-ressources affectées à plein temps. Les facilitateurs qui travaillent actuellement aux niveaux des régions et des provinces sentent qu'ils ne représentent actuellement aucune institution. Ils font le travail de facilitation par simple motivation personnelle. Tout ceci les prive d'une légitimité qu'ils attendent depuis longtemps pour se sentir "comptables de quelque chose devant quelqu'un".

**La création d'une structure formelle dotée d'experts AQ régionaux et provinciaux serait le prolongement indispensable du système national d'Assurance Qualité.** Cette structure en même temps qu'elle serait une référence institutionnelle, pourrait induire un souffle nouveau aux facilitateurs régionaux et provinciaux qui trouveraient ainsi un cadre valorisant et à travers lequel leur mérite seraient reconnus.

#### **4. *Instaurer une planification stratégique de l'amélioration de la qualité :***

Actuellement le facilitateur limite son rôle à l'encadrement / formation des équipes. Or, ce qui va soutenir et enraciner les processus d'amélioration de la qualité c'est la vision partagée au niveau de la région et de la province. Cette vision sera la source d'inspiration des plans stratégiques régionaux et provinciaux d'amélioration de la qualité. A partir des plans stratégiques chaque province pourra développer son plan d'action annuel en tenant compte des priorités relevées lors des évaluations annuelles ou des monitoring de la qualité.

#### **Un plan d'action annuel présente plusieurs avantages :**

*C'est d'abord le cadre pour l'action :*

Comme son nom l'indique, le plan d'action décrit les actions à faire dans le cadre d'un réseau d'objectifs prioritaires d'amélioration. Il s'agit d'un arrangement d'objectifs d'amélioration assortis des activités pertinentes d'amélioration elles-mêmes découlant de l'application des différentes approches d'amélioration de la qualité.

*C'est un outil de plaidoyer pour la qualité :*

Le plan d'action pourra être utilisé par le facilitateur pour faire connaître les priorités en matière d'amélioration de la qualité dans la province, exprimer les attentes vis-à-vis des leaders et décrire clairement les changements qu'il projète sur les différentes activités de soins et services délivrées par le système de santé.

*C'est un outil de coordination :*

Le plan d'action doit présenter un continuum d'améliorations à introduire dans l'année et non une simple énumération d'activités. Une fois les problèmes ou objectifs d'amélioration identifiés, le facilitateur travaillera avec son équipe pour planifier l'ordre de résolution. La coordination des sites d'amélioration de la qualité se fera à travers un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre des processus d'amélioration de la qualité. Au terme de chaque processus un moniteur de suivi est désigné et l'équipe passe à la seconde priorité jusqu'à épuiser l'ensemble des objectifs d'amélioration fixés pour l'année (planification en escalier). Le facilitateur assure la coordination de l'encadrement et du suivi à travers son tableau de bord.

#### **5. *Renforcer les compétences sur la gestion des données :***

L'analyse des résultats des pré et post-test a fait ressortir que les facilitateurs ont encore des difficultés à différencier les indicateurs selon la vision systémique

“intranst, processus, résultat”. Aussi, il est nécessaire d’organiser à très court terme, un atelier de formation sur le monitoring de la qualité avec un accent particulier sur les catégories d’indicateurs.

Lors d’une telle formation, l’opportunité doit être saisie pour montrer comment articuler le système d’information sanitaire avec les processus de planification.

## VI. ETAPES SUIVANTES

Activités	Objectifs / Contenu	Assistance technique URC	Période
Suivi de la formation sur GIQua améliorée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer dans quelle mesure les facilitateurs ont pu appliquer les concepts discutés au cours de la formation</li> <li>- Identifier les difficultés apparus lors de l’application sur le terrain</li> <li>- Renforcer certaines notions sur les méthodes modernes d’amélioration à travers une application au contexte local des facilitateurs</li> <li>- Encourager les facilitateurs à assumer le changement de paradigme</li> </ul>	Nécessaire pour le premier suivi	Deuxième quinzaine de septembre 02
Formation complémentaire sur la gestion des données pour les vingt quatre participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des facilitateurs à évaluer et à monitorer leurs plans d’actions “qualité”</li> <li>- Aider les facilitateurs à différencier les catégories d’indicateurs utilisés dans la mesure de la qualité</li> <li>- Discuter de l’importance des données dans le processus d’amélioration de la qualité et dans l’élaboration des plans d’action</li> </ul>	Pas nécessaire L’Assistance technique pourra être fournie localement par le pool de personnes ressources ayant récemment participé aux différents ateliers d’utilisation de données menés à SMD	Au plus tard première semaine octobre 02
Atelier “Top management” sur le leadership pour les Délégués	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discuter des outils et techniques applicables à l’exercice du leadership</li> <li>- Questions d’orientation pour un tel atelier :</li> <li>- Quelle est ma vision pour l’institution que je dirige ?</li> <li>- Quel est mon style de management ?</li> <li>- Comment puis-je pousser les autres à aller dans le sens de ma vision ?</li> <li>- Comment puis-je faire une gestion basée sur la performance ?</li> </ul>	Nécessaire : un consultant expert en management des organisations pourrait venir en appui à l’équipe nationale	Octobre 02

Activités	Objectifs / Contenu	Assistance technique URC	Période
Planification et gestion des sites d'amélioration de la qualité	Renforcer les compétences des facilitateurs dans l'élaboration et le suivi des plans d'actions "qualité" Renforcer les compétences des facilitateurs dans la coordination des sites d'amélioration de la qualité et l'intégration des activités d'amélioration	Nécessaire : Un expert en planification et en gestion intégré du système sanitaire	Après l'évaluation des sites d'amélioration de la qualité : décembre pourrait convenir
Poursuite des formations en "GIQua améliorée"	Renforcer les compétences des animateurs et des membres d'équipes dans l'approche GIQua améliorée	Pas nécessaire Cette formation pourra être réalisée par les encadrants locaux (central et régional)	Selon le calendrier des facilitateurs / voir plans d'actions futurs

## **ANNEXES**

- Annexe 1 :** Termes de Référence du Consultant
- Annexe 2 :** Programme détaillé de la mission
- Annexe 3 :** Personnes rencontrées
- Annexe 4 :** Questions clés pour les suivi de la formation
- Annexe 5 :** Exemple de tableau de bord de suivi d'un plan d'action AQ
- Annexe 6 :** Programme de l'atelier de formation
- Annexe 7 :** Liste des participants à la formation
- Annexe 8 :** Liste des formateurs
- Annexe 9 :** Résultats des pré et post tests
- Annexe 10 :** Evaluation de l'atelier

## ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DU CONSULTANT

<b>Nom du consultant :</b>	Karki Mahamane
<b>Nature de consultation :</b>	Assistance Technique
<b>Activité du Plan d'Action :</b>	Activités d'Assurance Qualité
<b>Dates de consultation :</b>	Du 10 au 23 juillet 02
<b>Responsables de l'Activité:</b>	<b>MS (centre) :</b> Dr Tyane, Dr Jroni <b>MS (régions):</b> Dr Bekkali (TT), Dr Fasla (SMD) <b>USAID:</b> Susan Wright, Taoufik Bakkali <b>JSI:</b> Volkan Cakir, Boutaina El Omari, Sati Sayah, Malika Laasri

---

### Introduction :

Dans le cadre de l'assistance de l'USAID au secteur santé marocain, *Progress* utilise l'Assurance Qualité (AQ) comme un moyen de renforcer les capacités des régions sanitaires à appliquer une gestion décentralisée de la politique de santé et d'identifier des modèles innovateurs d'amélioration de la qualité des soins. La qualité des services de santé est en effet une priorité du Ministère de la Santé, exprimée dans le Programme National Assurance Qualité (PNAQ).

A ces fins, de nombreuses activités AQ ont été initiées depuis janvier 2001, parmi lesquelles le lancement par appel d'offres de 12 micro projets d'amélioration clinique dans 6 provinces de Souss-Massa-Drâa. La méthodologie repose sur les principes modernes de l'amélioration de la qualité, et représente donc une évolution de la simple résolution de problème en équipe (GIQua). Ce « GIQua amélioré » insiste sur : **i) la sélection d'un objectif clinique d'amélioration ; ii) le monitoring de la performance et l'analyse des tendances ; iii) l'identification de changements systémiques ; iv) le test d'impact des changements ; v) l'identification et la diffusion des meilleures pratiques.**

Ces différences représentent un progrès et justifient la formation des facilitateurs régionaux et provinciaux, dont les 2 régions et le niveau central pourront bénéficier.

Le but de cette mission de consultation est de mettre à jour, par une formation, les compétences de 15 à 20 facilitateurs déjà formés en GIQua, et qui ont la responsabilité de suivre des équipes d'amélioration de la qualité.

### Objectifs de la consultation :

Le consultant développera le matériel de référence et enseignera les compétences modernes de l'amélioration de la qualité à un pool de facilitateurs.

Le produit de cette consultation sera un rapport de mission décrivant :

- 1) Les objectifs pédagogiques de cette formation ;
- 2) Le contenu de l'enseignement ;
- 3) Les compétences acquises par les facilitateurs.

### **Tâches spécifiques :**

Le consultant doit :

- 1) Développer le matériel de formation se concentrant sur des aspects spécifiques de l'approche d'amélioration et le finaliser sur place ;
- 2) Animer un atelier de formation de 3 à 5 jours basé sur les principes andragogiques ;
- 3) Tester les progrès des participants ;
- 4) Préparer et présenter un rapport préliminaire de consultation dans une réunion avec les représentants du Ministère de la Santé et de l'USAID;
- 5) Finaliser et soumettre le rapport au plus tard deux semaines après la fin de la mission (document édité sur papier avec une copie sur disquette).

## ANNEXE 2 : PROGRAMME DETAILLE DE LA MISSION

MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	LUNDI	MARDI
<p><b>10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrivée à Rabat à 14h via Casablanca</li> <li>- Réunion avec JSI</li> <li>- Briefing avec l'USAID</li> <li>- Réunion avec la DHSA</li> </ul> <p><i>Nuit à Rabat</i></p>	<p><b>11</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance de travail à JSI</li> <li>- Voyage Rabat – Agadir via Casablanca</li> <li>- Arrivée à Agadir 18h40</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>12</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Briefing avec JSI Agadir</li> <li>- Réunion de travail avec CRAQ SMD : clarification des termes de références ; recueil des attentes ; projet de programme</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>13</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du matériel de formation</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>14</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du matériel de formation</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>15</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration du matériel de formation</li> <li>- Briefing avec le Délégué Coordonnateur Régional SMD</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>16</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance de travail avec les 2 membres de la CRAQ sur le matériel de formation ; scénario du déroulement de l'atelier</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>
<p><b>17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de formation</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>18</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de formation</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de formation</li> </ul> <p><i>Nuit à Agadir</i></p>	<p><b>20</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de formation</li> <li>- Voyage Agadir-Casablanca-Rabat : départ 19h35</li> <li>- Arrivée à Rabat à 22h00</li> </ul> <p><i>Nuit à Rabat</i></p>	<p><b>21</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de l'atelier</li> </ul> <p><i>Nuit à Rabat</i></p>	<p><b>22</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Débriefing avec Malika par téléphone</li> <li>- Débriefing avec DHSA et JSI</li> <li>- Débriefing avec JSI et USAID</li> <li>- Déjeuner avec Equipe formateur chez Malki</li> <li>- Dîner le COP JSI</li> </ul> <p><i>Nuit à Rabat</i></p>	<p><b>23</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse avec JSI Voyage Rabat-Casablanca à 14h30</li> <li>- Arrivée à Casablanca à 16h30</li> <li>- Départ pour Niamey à 18h45</li> <li>- Arrivée à Niamey à 23h45</li> </ul>

## **ANNEXE 3 : PERSONNES RENCONTREES**

### **Ministère de la Santé**

1. Dr Saida Jroni, Directrice DHSA
2. Dr Nada Darkaoui, Chef de division Soins Ambulatoires / DHSA
3. Dr Malki Ali, Responsable Unité Qualité
4. Dr Amina Sahel, Chef service Soins Ambulatoires
5. Dr Mostapha Tyane, Directeur Population
6. M. Abdelwahed Karimi, Chef division Soins Infirmiers, DRH

### **USAID**

7. M. Taoufik Bakkali, Santé & Population / USAID
8. Mme Susan Wright, Santé & Population / USAID

### **JSI**

9. M. Volkan Cakir, Chief of party JSI
10. Mme Boutaina El Omari, Point focal AQ JSI Rabat
11. Mme Malika Laasri, Directrice JSI Agadir
12. Mme Saâdia Aglif, Point focal AQ JSI Agadir
13. M. Adil Saibari, Administrateur JSI Agadir

### **Région Souss-Massa-Drâa**

14. Dr Mohamed Abdoulouahab Cherradi, Délégué coordinateur régional
15. Dr Khalid Rifi, Secrétaire Général CRAQ
16. M. Brahim BEL ATTAR, membre CRAQ

**ANNEXE 4 : QUESTIONS CLES POUR LE SUIVI DE LA FORMATION GIQUA  
AMELIOREE**

Questions clé	Réponses Marquer 1 pour Oui et 0 pour Non		Actions menées au cours de la visite
	Oui	Non	
1. Le facilitateur a-t-il effectué une restitution de l'atelier aux responsables de sa province ?			
2. A-t-il tenu une réunion de restitution avec ses collègues de travail ?			
3. A-t-il pris des initiatives pour appliquer les principaux concepts discutés ?			
a. Par exemple, a-t-il communiqué aux animateurs la pertinence de considérer 4 étapes au lieu de 6 dans la démarche d'amélioration ou de résolution de problème ?			
b. A-t-il communiqué aux animateurs la gamme des approches d'amélioration parmi lesquelles désormais il peuvent choisir ?			
c. A-t-il communiqué aux animateurs l'importance de vérifier les hypothèses de solutions avant de conclure à la validité de celles-ci ?			
d. A-t-il communiqué aux animateurs la démarche pour sélectionner et diffuser les meilleures pratiques ?			
4. A-t-il établi un plan d'action en vue de la redynamisation des sites "qualité" dans sa province ?			
5. Le facilitateur a-t-il rencontré des difficultés spécifiques dans le transfert des connaissances et aptitudes acquises après la formation ?			
6. Si oui préciser ces difficultés :			
.....			
.....			
.....			
.....			
7. A-t-il pris des initiatives pour les surmonter ?			
8. Si oui, quelles actions a-t-il mené spécifiquement ?			
.....			
.....			
.....			
.....			
9. Autres questions discutées avec le facilitateur, préciser :			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Conclusions de l'équipe de suivi :**

N.B : Faire ressortir les facteurs favorables et défavorables à la dynamique de l'équipe et à l'efficacité du travail du facilitateur

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ANNEXE 5 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD DE SUIVI D'UN PLAN D'ACTION AQ

Problèmes ou objectifs prioritaires d'amélioration	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6	Mois 7	Mois 8	Mois 9	Mois 10	Mois 11	Mois 12
Pb / Obj. 1	Interv	Suivi ↑										
Pb / Obj. 2		Interv	Suivi ↑									
Pb / Obj. 3			Interv	Suivi ↑								
Pb / Obj. 4				Interv	Suivi ↑							
Pb / Obj. 5					Interv	Suivi ↑						
Pb / Obj. 6						Interv	Suivi ↑					

↑ = moniteur de suivi

### Commentaire du tableau :

**Résumé :** La planification en escalier repose sur les principes de base suivant :

"Il y a des problèmes ou opportunités d'amélioration au niveau de toutes les activités de soins. Il est important de mener des actions structurées de résolution de problème ou d'amélioration de la qualité. Le travail de résolution de problème ou d'amélioration de la qualité fait partie intégrante des tâches des prestataires. Pour ce faire, ils disposent des approches modernes pour améliorer la qualité des services qu'ils offrent à leurs clients. Un problème non résolu s'aggrave avec le temps. De même une opportunité d'amélioration peut se transformer en problème si l'équipe ne la saisit pas à temps. L'équipe doit par conséquent travailler pour provoquer des petits sauts d'amélioration qui auront finalement un effet cumulé sur la qualité globale des soins et services au niveau de la province. Une bonne coordination par le facilitateur provincial rendra l'exercice plus efficace et efficient".

Le processus de planification en escalier comprend les quatre (4) étapes ci-après :

#### Etape 1 :

Le facilitateur et les animateurs de la province sélectionnent en fin d'année les problèmes ou objectifs d'amélioration prioritaires<sup>2</sup> pour leur province. Des micro projets sont identifiés à partir de ces problèmes ou objectifs d'amélioration.

#### Etape 2 :

Chaque équipe d'amélioration dressent la liste des problèmes ou des objectifs d'amélioration auxquels elles veut s'attaquer durant l'année, par exemple les problèmes ou objectifs d'amélioration de 1 à 6 comme indiqué dans le tableau.

<sup>2</sup> Un problème est exprimé par l'écart entre une situation constatée jugée insatisfaisante par rapport à une situation idéale (définie par des normes) jugée meilleure. L'objectif d'amélioration est le résultat que l'on souhaite atteindre pour élever le niveau de qualité par rapport à une situation jugée bonne mais qui offre encore une opportunité d'amélioration.

**Etape 3 :**

L'équipe attaque le problème ou l'objectif d'amélioration en sélectionnant l'approche la plus accessible pour elle en fonction de la nature et de la complexité de la situation<sup>3</sup>. Une fois arrivé à la conception de ses hypothèses de solutions ou d'amélioration elle doit les soumettre à l'épreuve de vérification par le test. A partir de ce stade, elle peut désigner un membre de l'équipe comme moniteur de suivi, c'est à dire responsable de la collecte des données sur les changements introduits par la solution ou l'amélioration. Il s'occupe de la documentation des changements et les communique au fur et à mesure lors des réunions d'équipe.

**Etape 4 :**

L'équipe s'attaque au problème ou objectif d'amélioration suivant et ainsi de suite jusqu'à couvrir les six (6) problèmes ou objectifs d'amélioration.

---

<sup>3</sup> La gamme de choix des approches comporte : (i) La résolution individuelle de problème, (ii) la résolution rapide en équipe, (iii) la résolution systématique, (iv) l'amélioration des processus. L'exploitation des meilleures pratiques et le benchmarking peut aider les équipes à aller plus vite.

## ANNEXE 6 : PROGRAMME DE L'ATELIER DE FORMATION

### I. Objectifs de la formation :

A la fin de la formation, les participants seront en mesure de :

1. Aider les équipes d'amélioration de la qualité à choisir une approche de résolution de problème adaptée à leur site.
2. Aider les équipes d'amélioration de la qualité à évoluer plus rapidement vers l'atteinte des objectifs d'amélioration au niveau de leur site, en utilisant les quatre étapes de résolution de problème.
3. Aider les équipes d'amélioration de la qualité à utiliser un esprit scientifique dans leur démarche à travers la vérification des hypothèses d'intervention sur la base d'une série de données présentées sous forme de courbe de tendance-temps.
4. Aider les équipes d'amélioration de la qualité à documenter et à sélectionner les meilleures pratiques et à choisir les modalités de leur diffusion.
5. Aider les équipes à utiliser le benchmarking comme source d'identification des meilleures pratiques replicables dans leur site.
6. Utiliser les techniques de facilitation pour redynamiser les sites d'amélioration de la qualité en cours dans leur province.
7. Monter un dossier "qualité" convaincant pour faire un plaidoyer pour la qualité auprès des responsables de leur province.
8. Utiliser le cadre logique de l'Assurance de Qualité pour identifier les besoins prioritaires d'amélioration au niveau des processus cliniques.
9. Planifier et suivre les travaux des équipes d'amélioration de la qualité suivant un modèle de plan glissant, dans leur province.

### II. Calendrier de la formation

**Mercredi 17 juillet 2002**

Horaires	Activités	Résultats attendus
8h30-9h00	- Accueil et présentation des participants	- Les participants se connaissent mutuellement pour créer un climat positif de travail
9h00-9h30	- Ouverture	- Tous les participants sont sensibilisés sur l'importance de cet atelier et sont convaincus que leur participation effective contribuera à l'atteinte des objectifs
9h 30 –10h00	- Présentation et attentes des participants - Objectifs de l'atelier et calendrier d'activités - Fixation des normes de travail durant l'atelier	- Les attentes des participants sont identifiées et prises en compte par les formateurs - Tous les participants ont compris les objectifs de l'atelier et sont prêts à travailler dans le cadre des horaires définis pour atteindre les objectifs dudit atelier - Tous les participants sont d'accord sur les normes de travail à

<sup>4</sup> Les facilitateurs sont, dans ce contexte, les participants ayant la charge de conduire l'encadrement et la formation juste à temps des équipes d'amélioration de la qualité dans les provinces. Il convient de noter cette nuance avec l'utilisation courante de ce terme qui désigne communément les formateurs dans un atelier ou un séminaire.

Horaires	Activités	Résultats attendus
9h 30 –10h00	- Pré-test	respecter durant l'atelier - Les rapporteurs du jour et le moniteur du temps sont désignés - Le niveau des connaissances préalables est déterminé
<b>10h00- 10h15</b>	<b>PAUSE CAFE</b>	
10h15–11h00	- Présentation des démarches "GIQua et GIQua améliorée"	- Tous les participants auront identifié l'apport de l'approche "GIQua améliorée" dans le processus de mise en place de leurs micro-projets
Horaires	Activités	Résultats attendus
11h00-12h00	- Analyse du cadre logique de l'Assurance Qualité versus les micro projets d'amélioration clinique	- Tous les participants auront décrit les 3 éléments du cadre logique de l'Assurance Qualité et les liens entre eux, à savoir (i) Définir la Qualité, (ii) Mesurer la Qualité et (iii) Améliorer la Qualité
<b>12h00-14h00</b>	<b>PAUSE DEJEUNER</b>	
14h00-14h45	Etapes d'amélioration de la qualité	- Tous les participants auront décrit les 4 étapes pour toute démarche d'amélioration de la qualité (Identifier le problème, Analyser, Elaborer les solutions, Tester et mettre en œuvre)
14h45-16h45	- Description des quatre (4) approches d'amélioration de la qualité - Analyse des différences entre les quatre approches d'amélioration de la qualité	- Tous les participants auront décrit les 4 approches d'amélioration de la qualité (Résolution individuelle, Résolution Rapide en Equipe, Résolution Systématique en Equipe et Amélioration des Processus) - Tous les participants auront différencié les 4 approches d'amélioration de la qualité (Résolution individuelle, Résolution Rapide en Equipe, Résolution Systématique en Equipe et Amélioration des Processus)
16h45-17h00	- Evaluation et synthèse de la journée	- Tous les participants sont en mesure d'identifier les résultats atteints par rapport aux objectifs de l'atelier

#### Jeudi 18 juillet 2002

Horaires	Activités	Résultats attendus
8h30-9h00	- Où en sommes-nous ?	- Rappel et renforcement des acquis précédents
9h00-10h00	- Application Etape 1 : "Identifier" à un micro projet clinique	- Tous les participants sont en mesure d'appliquer l'exercice fait sur l'Etape 1 à leur propre projet
<b>10h00-10h15</b>	<b>PAUSE – CAFE</b>	
10h15-11h00	- Présentation d'un groupe suivie de discussions	
11h00-11h30	- Correction de l'Etape 1 en groupe et intégration des amendements	
11h30-12h00	- Application Etape 2 : "Analyser" à micro projet clinique	- Tous les participants sont en mesure d'appliquer l'exercice fait sur l'Etape 2 à leur propre projet
<b>12h00-14h00</b>	<b>PAUSE DEJEUNER</b>	
14h00-15h30	- Suite, Application Etape 2 : "Analyser" à micro projet clinique	
15h30-16h30	- Présentation d'un groupe suivie de discussions	
16h30-17h00	- Correction de l'Etape 1 en groupe et intégration des amendements	

### Vendredi 19 juillet 2002

Horaires	Activités	Résultats attendus
8h30-9h00	- Où en sommes-nous ?	- Rappel et renforcement des acquis précédents
9h00-10h00	- Application Etape 3 : "Elaborer" à un micro projet clinique	- Tous les participants sont en mesure d'appliquer l'exercice fait sur l'Etape 3 à leur propre projet
10h00-10h15	<b>PAUSE - CAFE</b>	
10h15-11h00	- Présentation d'un groupe suivie de discussions	
11h00-11h30	- Correction de l'Etape 3 en groupe et intégration des amendements	
11h30-12h00	- Application Etape 4 : "Tester et mettre en oeuvre" à micro projet clinique	- Tous les participants sont en mesure d'appliquer l'exercice fait sur l'Etape 4 à leur propre projet
12h00-14h00	<b>PAUSE DEJEUNER</b>	
14h00-15h30	- Suite, Application Etape 4 : "Tester et mettre en oeuvre" à micro projet clinique	
15h30-16h30	- Présentation d'un groupe suivie de discussions	
16h30-17h00	- Correction de l'Etape 4 en groupe et intégration des amendements	
17h00-17h30	- Post-test - Evaluation de l'atelier	- L'écart par rapport aux connaissances initiales est déterminé

### Samedi 20 juillet 2002

Horaires	Activités	Résultats attendus
8h30-9h00	- Où en sommes-nous (présentation des résultats du post-test et de l'évaluation de l'atelier)	- Rappel et renforcement des acquis précédents - Résultats communiqués aux participants - Ecarts et mesures de rectification identifiées
9h00-9h30	- Critères de sélection des meilleures pratiques d'amélioration	- Tous les participants auront utilisé les critères discutés pour sélectionner les meilleures pratiques d'amélioration clinique
9h30-10h00	- Benchmarking et modalités de diffusion des meilleures pratiques cliniques	- Tous les participants ont compris l'importance du benchmarking et ont maîtrisé les modalités de diffusion des meilleures pratiques
10h00- 10h15	<b>PAUSE CAFE</b>	
10h15-13h00	- Techniques de facilitation	- Tous les participants auront maîtrisé les techniques de facilitation leur permettant d'encadrer leurs micro projets
13h00-13h15	- Clôture	1. Tous les participants sont sensibilisés sur l'importance d'appliquer les acquis de l'atelier à l'encadrement de leurs micro projets

### III. Fiche technique pour le formateur

Sessions	Contenus
A. Présentation des attentes des participants, des objectifs et du calendrier des activités ; fixation des normes de travail ;	- Recueil des attentes des participants
	- Présentation des objectifs de l'atelier
	- Analyse de l'adéquation entre les attentes des participants et les objectifs de l'atelier
	- Présentation du calendrier des activités
	- Adoption du calendrier

Sessions	Contenus
Pré-test	- Consensus sur les normes de travail et identification des rapporteurs de jour et du moniteur de temps
	- Administration du questionnaire préalable au cours
B. Présentation des démarches "GIQua et GIQua améliorée"	- Rappel de étapes de GIQua
	- Présentation des étapes de GIQua améliorée
	- Mise en évidence de l'apport de GIQua améliorée
C. Analyse du cadre logique de l'Assurance Qualité versus les micro projets d'amélioration clinique	- Rappel du cadre logique : Définir, Mesurer, Améliorer la qualité
	- Analyse du lien entre les trois éléments du cadre logique
	- Illustration par un exemple en salle appliqué à un micro projet d'amélioration clinique
D. Etapes d'Amélioration de la Qualité	- Description des quatre (4) étapes de la démarche d'amélioration : Identifier, Analyser, Elaborer, Tester et mettre en œuvre
	- Rappel des techniques et outils utilisés à chaque étape (Brainstorming, diagramme de processus, diagramme de cause et effet, diagramme de Pareto, différentes techniques statistiques, etc.)
E. Approches d'Amélioration de la Qualité	- Description des quatre (4) approches d'amélioration de la qualité : Résolution individuelle de problème, Résolution Rapide de Problème en Equipe, Résolution Systématique de Problème en Equipe, Amélioration de Processus
	- Analyse des différences entre les approches
F. Application de l'Etape 1 "Identifier" à un projet d'amélioration clinique	- Exercice en groupe de 8 personnes sur un micro projet : Identifier un problème clinique en utilisant les techniques et outils pertinents pour cette étape
	- Discussion des résultats de groupe en plénière
	- Enrichissements des résultats des groupes
	- Prise en compte des amendements par les différents groupes
G. Application de l'Etape 2 "Analyser" à un projet d'amélioration clinique	- Exercice en groupe de 8 personnes sur un micro projet : Analyser les causes du problème clinique en utilisant les techniques et outils pertinents pour cette étape
	- Discussion des résultats de groupe en plénière
	- Enrichissements des résultats des groupes
	- Prise en compte des amendements par les différents groupes
H. Application de l'Etape 3 "Elaborer" à un projet d'amélioration clinique	- Exercice en groupe de 8 personnes sur un micro projet : Elaborer les hypothèses de solutions en utilisant les techniques et outils pertinents pour cette étape
	- Discussion des résultats de groupe en plénière
	- Enrichissements des résultats des groupes
	- Prise en compte des amendements par les différents groupes
I. Application de l'Etape 4 "Tester et Mettre en œuvre" à un projet d'amélioration clinique	- Exercice en groupe de 8 personnes sur un micro projet : Tester et Mettre en œuvre les solutions en utilisant les techniques et outils pertinents pour cette étape
	- Discussion des résultats de groupe en plénière
	- Enrichissements des résultats des groupes
	- Prise en compte des amendements par les différents groupes
J. Post-test et évaluation de l'atelier	- Administration des questionnaires consécutifs au cours et de la fiche d'évaluation de l'atelier
	- Analyse des résultats du Post-test et de l'évaluation de l'atelier
K. Restitution des résultats du post-test et de l'évaluation de l'atelier	- Présentation des résultats du post-test
	- Analyse des écarts par rapport au pré-test
	- Présentation des résultats de l'évaluation de l'atelier
	- Discussion et synthèse et leçons tirées avec les participants

<b>Sessions</b>	<b>Contenus</b>
<b>L. Critères de sélection des meilleures pratiques</b>	- Brainstorming avec les participants sur la définition d'une meilleure pratique en matière d'amélioration de la qualité axée sur un objectif clinique
	- Analyse des critères de sélection des meilleures pratiques d'amélioration
<b>M. Benchmarking et modalités de diffusion des meilleures pratiques</b>	- Définition et importance du benchmarking
	- Discussion autour des modalités de diffusion de meilleures pratiques applicables aux micro projets d'amélioration clinique
<b>N. Techniques de facilitation</b>	- Discussion avec les participants des techniques de facilitation expérimentées dans leurs sites
	- Synthèse sur les techniques de facilitations susceptibles d'améliorer l'encadrement des micro projets
<b>O. Clôture de l'atelier</b>	- Présentation des principales leçons tirées de l'atelier
	- Présentation des recommandations et allocution de clôture

## ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS A LA FORMATION

Nom et prénom	Fonction	Provenance
1. M. TAOUIL Khamar	Chef de SSI	Ouarzazate
2. Mme SAMSAH Zobida	Major Pédiatrie	Ouarzazate
3. Dr LECHHAB Naziha	Médecin chef de CS	Chtouka Aït Baha
4. M. BAALI El Houssin	Major de CS	Zagoura
5. M AISSA Bettas	Major de bloc poste	Agadir
6. Dr TIBARY Abdellatif	Médecin chef de CS	Inezgane Aït Melloul
7. M. BNIFADENE Ahmed	Chef de SSI	Inezgane Aït Melloul
8. Dr BENABDELJALIL Khadija	Médecin de CS	Agadir
9. M. BOUQSIMI Abdellah	Major Chirurgie	Tiznit
10. Dr ABISOUROUR Mohamed El Habib	Médecin	Kssar El Kebir
11. M. IDAMI Brahim	Animateur	Tiznit
12. Dr ELOUIDALI M'Barek	Médecin chef de CS	Taroudant
13. Dr SAID Bouda	Médecin	Tanger
14. Dr ZAOUJAL Asma	Biologiste	Tétouan
15. Dr ACHARI Amal	Médecin	Chefchaouen
16. Dr ZAKARI Assya	Médecin	Zagora
17. M. EL AMINE Abdelkhalek	Major CS	Agadir
18. M. ALI Zahim	Major SIAAP	Ouarzazate
19. M. AARAB Lahsen	Major SIAAP	Inezgane Aït Melloul
20. Dr GLOUCH Boubker	Médecin chef de CS	Tiznit
21. Mlle SHAIMI Zahra	Sage-femme	CAB
22. M. BATAHI Lahoucine	Major de CS	CAB
23. M. DISKY Hassan	Major de CS	Taroudant
24. Dr MERROUCH Chafik	Epidémiologiste	RTT-FBM

## ANNEXE 8 : LISTE DES FORMATEURS

Nom et prénom	Fonction	Provenance
1. Dr. Khalid RIFI	Directeur Hôpital Inezgane SG/CRAQ	IAM
2. M. Abdelwahed KARIMI	Chef division Soins Infirmiers/DRH/MS	Rabat
3. M. Brahim BEL ATTAR	Facilitateur/CRAQ	Agadir
4. Dr. Ali MALKI	Responsable Unité Gestion de la Qualité/DSHA/MS	Rabat
5. Dr. MAHAMANE Karki	Consultant	URC-CHS

## ANNEXE 9 : RESULTATS DES PRE ET POST-TESTS

Questions	Réponses correctes au pré-test	Réponses correctes au post-test	Ecart
<b>Effectif ayant composé</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	
1. La logique de l'Assurance de Qualité repose sur les affirmations suivantes : "on en peut pas améliorer ce que l'on ne mesure pas et on ne peut pas mesurer ce que l'on ne définit pas.	7	23	+16
2. Un changement systémique consiste en une amélioration des intrants, des processus et des résultats	21	23	+2
3. L'augmentation d'un indicateurs aux deux premiers mois de l'application d'un effort d'amélioration de la qualité ne suffit pas pour crier victoire et disséminer les résultats et les solutions appliquées	23	23	0
4. Pour calculer des indicateurs d'intrants, de processus et de résultats il est indispensable de se référer à des normes	21	23	+2
5. Un bon système de suivi des activités dans un centre de santé ne doit pas choisir la fin de l'année pour fournir un feed-back des résultats aux communautés car c'est le bon moment pour faire les bilans	12	23	+11
6. Le rapport du pourcentage de cas de paludisme sur le pourcentage de cas de diarrhées mal traités est le calcul à faire pour montrer qu'il y a plus de cas de paludisme mal traités par les agents que de cas de diarrhée au niveau d'un service de santé ?	14	23	+9
7. Les diagrammes en courbe montrent les tendances dans le temps	22	23	+1
8. Pour mesurer l'adhésion aux normes cliniques de la prise en charge des cas d'IRA dans un centre de santé, un seul indicateur est approprié, le pourcentage des cas correctement pris en charge	22	23	+1
9. Chercher les ressources et constituer les membres de l'équipe ne font pas partie des quatre étapes de GIQua améliorée	3	21	+18
10. L'approche la plus accessible à une équipe d'un centre de santé pour la résolution de problème est la Résolution Rapide de Problème en Equipe	4	22	+18
11. Le changement des membres de l'équipe n'est pas une modalité de diffusion des meilleures pratiques d'amélioration clinique	20	23	+3
12. Le pourcentage de patients vus dans la confidentialité est un indicateur de processus	5	15	+10
13. La proportion de centres de santé disposant d'un agent de santé formé sur les nouveaux protocoles de prise en charge des IST est un indicateur d'intrants	5	17	+12
14. Le ratio des malades qui reçoivent les médicaments appropriés par rapport aux malades traités est un indicateur de processus	5	4	-1
15. La moyenne des patients qui connaissent les mesures à prendre pour améliorer l'efficacité du traitement reçu est un indicateur de résultats	5	22	+17

<sup>5</sup> Les quatre (4) approches sont : (i) Résolution Individuelle de Problème ; (ii) Résolution Rapide de Problème en Equipe ; (iii) Résolution Systématique de Problème en Equipe ; (iv) Amélioration des processus.

Questions	Réponses correctes au pré-test	Réponses correctes au post-test	Ecart
<b>Effectif ayant composé</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	
16. Le taux de morbidité dû aux affections respiratoires chez les moins de 5 ans dans cette zone est de <b>11,73%</b> .	0	23	+23
17. La maladie la plus mortelle dans cette zone chez les moins de 5 ans est l' <b>Anémie : 2,8%</b>	7	23	+23
18. Le taux d'incidence des affections respiratoires chez les moins de 5 ans est de <b>11,73%</b>	0	23	+23
19. Le taux de mortalité due aux anémies chez les moins de 5 ans est de <b>0, 43 pour mille</b>	5	23	+23
20. La létalité du paludisme chez les moins de 5 ans est de <b>0,43%</b>	3	22	+2
<b>Total des points</b>	<b>190/460 (41,3%)</b>	<b>422/460 (91,73%)</b>	<b>+232 (+50,43%)</b>

## ANNEXE 10 : EVALUATION DE L'ATELIER

Domaines évalués	Appréciation des participants						Effectif
	0=Nul	1=Médiocre	2=Passable	3=Assez bien	4=Bien	5=Très bien	
<b>1. Vos appréciations sur le déroulement global du séminaire</b>							
<b>1.1 Qualité globale de l'animation</b> Les animateurs ont-ils été compétents, à la portée des participants ?				3	11	9	23
<b>1.2 Respect du programme</b> Le contenu annoncé dans le programme a-t-il été le contenu réel de session ? Mentionner, le cas échéant, les thèmes omis dans la colonne " commentaires ".		1	1	5	9	7	23
<b>1.3 Durée du séminaire</b> Vous a-t-elle paru bien adaptée aux objectifs ?	1	4	4	6	7	1	23
<b>1.4 Organisation matérielle</b> Etait-elle ( Accueil, locaux, Hébergement, repas) satisfaisante ?	2	5	7	5	4		23
<b>1.5 Vie du groupe</b> Le séminaire vous a-t-il donné l'occasion de contacts et échanges intéressants avec le(s) animateurs et les autres participants				2	11	10	23
<b>2. Vos appréciations sur les moyens pédagogiques utilisés</b>							
<b>2.1 Alternance théorie/pratique</b> A t-on suffisamment fait appel à vos expériences pratiques, à des études de cas, à des travaux de groupe, à des exercices d'application				3	14	6	23
<b>2.2 Aides pédagogiques</b> Avec quel succès a t-on utilisé des aides audio-visuelles, des documents guides, des dossiers documentaires, des montages de démonstration ?				10	11	2	23
<b>2.3 La présentation des exposés</b> A t-elle été bonne, claire, facile à comprendre et à mémoriser ?				4	11	8	23
<b>2.4 La documentation remise</b> Synthétise t-elle les rapports faits pendant le séminaire ?				4	9	10	23
<b>2.5 Utilité de la documentation</b> Pensez vous que vous allez consulter celle-ci après la session ?				3	7	13	23

Domaines évalués	Appréciation des participants					Effectif	
	0=Nul	1=Médiocre	2=Passable	3=Assez bien	4=Bien		5=Très bien
<b>3. Vos appréciations sur l'utilité globale du séminaire</b>							
<b>3-1 Par rapport à vos attentes</b> Le séminaire a-t-il bien répondu à vos attentes professionnelles ?			3	6	10	4	23
<b>3.2 Acquisition de connaissances</b> Avez vous acquis des connaissances vous permettant d'améliorer vos méthodes de travail ?				4	12	7	23
<b>3.3 Changement</b> Allez vous changer quelque chose dans votre façon de travailler à la suite de ce séminaire ?				4	9	10	23
<b>3.4 Enrichissement personnel</b> Au delà de l'exercice de vos fonctions, le séminaire vous a-t-il apporté un enrichissement personnel ?				2	10	11	23
<b>3.5 Pratique au niveau du site</b> Vous sentez vous capable de mener une équipe au niveau de votre site.				7	16		23