

*ROYAUME DU MAROC*  
*MINISTÈRE DE LA SANTÉ*

**GUIDE MÉTHODOLOGIQUE  
D'ÉLABORATION, D'ADAPTATION  
ET DE SUIVI DES RÉFÉRENCES  
DE SOINS**

**Septembre 2000**

- 2 -

## TABLE DES MATIÈRES

### REMERCIEMENTS

### INTRODUCTION

PLACE DE LA NORMALISATION DANS LA PRATIQUE DES SOINS

CHAMP D'APPLICATION DE CE GUIDE

OBJECTIFS DE CE GUIDE

UNIFICATION DES PRATIQUES D'ELABORATION DES REFERENCES

PROPOSITION EXPLICITE DE METHODE D'ELABORATION DES REFERENCES

ORGANISATION DES PARTENARIATS MEDICO-INSTITUTIONNELS ET VALORI-

SATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

METHODE D'ELABORATION DU GUIDE METHODOLOGIQUE

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

ATELIER DE TRAVAIL

VALIDATION

METHODE D'ELABORATION, D'ADAPTATION, ET DE SUIVI DE REFERENCES DE SOINS

DEFINITION DE LA REFERENCE DE SOINS

LE PROCESSUS D'ELABORATION, D'ADAPTATION ET DE SUIVI DES REFERENCES DE SOINS

### I. LES ACTEURS

3

1/ L'initiateur

Qui est-il ?

Quel est son rôle ?

2/ Le comité de normalisation

Qui est-il ?

Quel est son rôle ?

3/ Le comité de pilotage

Qui est-il ?

Quel est son rôle ?

4/ Le groupe de travail

Qui est-il ?

Quel est son rôle ?

5/ Le groupe de lecture, ou de validation

Qui est-il ?

Quel est son rôle ?

### II. LES ETAPES DU PROCESSUS

1/ L'initiative

2/ La prise de décision

3/ L'élaboration de la référence

4/ La validation de la référence

5/ La diffusion de la référence de soins

6/ L'évaluation

### CONCLUSION

## **REMERCIEMENTS**

Ce document est l'œuvre d'un travail collégial qui a regroupé des cadres du Ministère de la Santé du niveau central, régional et provincial, des Centres Hospitaliers, des Instituts, du Conseil National de l'Ordre des médecins, des associations professionnels et des sociétés savantes, à qui nous adressons nos vifs sentiments de remerciements et de reconnaissance pour leur contribution et leur engagement tout au long de ce processus.

Nous tenons à remercier également:

- Les équipes de JSI et de University Research Corporation (URC) pour leur disponibilité et leur soutien technique,
- L'USAID pour leur soutien financier,
- L'équipe de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires pour son engagement et son soutien logistique et administratif au processus d'élaboration du Guide Méthodologique d'Elaboration, d'Adaptation et de Suivi de Références de Soins.

## **INTRODUCTION**

### **PLACE DE LA NORMALISATION DANS LA PRATIQUE DES SOINS**

Les objectifs généraux de la normalisation des pratiques 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, dans un secteur qui risque de devenir concurrentiel. ou plus concurrentiel qu'il ne l'est aujourd'hui, comparer des prestataires individuels. Cette comparaison doit permettre aux décideurs. aux financeurs et aux utilisateurs de choisir le ou les prestataires assurant la meilleure qualité de soins.

### **CHAMP D'APPLICATION DE CE GUIDE**

Ce guide s'applique aux soins, pris dans le sens le plus large du terme. Les références élaborées pourront donc concerner des pratiques uniquement médicales, mais aussi des pratiques paramédicales (soins infirmiers. masso-kinésithérapie..).

Il est évident qu'en pratique médicale. la prestation est un processus parfois complexe, faisant appel à de multiples compétences professionnelles. La référence pourra dans ce cadre devenir un véritable guide de bonnes pratiques, fixant les rôles et les responsabilités de chacun.

De la même façon. à l'occasion de l'élaboration d'une référence de soins. des aspects concernant l'accueil. la prise en charge du patient, ainsi que la gestion de flux de médicaments, de matériel ou de tout autre élément nécessaire au processus ou issu du processus (déchets) pourra être pris en compte, si les rédacteurs de la référence le jugent utile.

7

---

### **OBJECTIFS DE CE GUIDE**

Les objectifs de ce guide sont triples :

#### **Unification des pratiques d'élaboration des références**

Quel que soit le secteur de soins considéré, public, privé, santé militaire, il convient d'utiliser une méthode et des outils d'élaboration et de suivi des références homogènes.

Cela afin de permettre l'adoption de références de façon croisée entre les différents secteurs, et d'éviter la redondance de références, qui sont à l'évidence un facteur de confusion pour les professionnels et un gaspillage de temps et de ressources.

De la même façon. les références de soins doivent pouvoir être évaluées sur leur validité propre. et non sur des critères subjectifs de provenance.

Cette recherche d'unification. ou tout au moins d'homogénéisation de l'élaboration des références est d'autant plus nécessaire dans un environnement où les ressources et les compétences sont précieuses. Cette méthodologie doit aussi participer à la libre circulation des idées scientifiques, des expériences et des connaissances de chacun.

#### **Proposition explicite de méthode d'élaboration des références**

Ce guide est une méthode. proposée à l'ensemble des professionnels.

Pour parvenir à l'objectif d'unification. il est nécessaire de rechercher la transparence des

**Previous Page Blank**

méthodes et des outils. Il paraît important de proposer une première méthode, quitte à la voir modifier ou retouchée, plutôt que de conserver des méthodes d'élaboration non explicites.

Les méthodes et outils proposés ici ne constituent certainement pas un texte ayant valeur réglementaire, mais sont la première étape, indispensable, de formulation et de formalisation de ce qui pourra devenir une plate forme consensuelle générale.

### **Organisation des partenariats médico-institutionnels et valorisation des professionnels de santé**

Les processus de normalisation au Maroc existent depuis plus de 20 ans, dans le domaine industriel ou des services. Des structures reconnues exercent déjà des activités de normalisation, de certification et d'audit.

Dans le but d'éviter de refaire ce qui existe déjà, et de faire participer la santé au mouvement général vers l'amélioration de la qualité, il paraît souhaitable, soit de pouvoir intégrer certaines de ces structures, soit d'agir en partenariat étroit avec elles. Les références de soins doivent donc pouvoir se "comparer" à des normes reconnues internationalement ou au niveau marocain, à la fois dans leur méthode d'élaboration et dans leur qualité propre.

La pratique de soins, en terme de qualité, ne doit pas avoir à rougir de la comparaison avec la fabrication de tel ou tel produit, ou la distribution de services non médicaux. Le médecin, l'infirmière, doivent pouvoir affirmer leur compétence avec certitude (dans la limite des connaissances actuelles) face aux utilisateurs, aux financeurs et au pouvoir public. L'utilisation de références, établies dans un cadre défini, participe à la valorisation de l'ensemble de la profession, car il prouve que la recherche du bien public n'est pas issue d'une alchimie occulte, mais d'un vrai débat scientifique, argumenté et libre.

Un tel guide montre la volonté de construire un référentiel professionnel, à l'aide de méthodes scientifiques, inattaquables, et de processus de prises de décisions consensuels et transparents.

## **MÉTHODE D'ÉLABORATION DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE**

### **Recherche bibliographique**

Une recherche bibliographique automatisée a été pratiquée dans les banques de données MEDLINE et COCHRANE.

Les mots clés utilisés ont été QUALITY and POLICY ainsi que GUIDELINES and POLICY, sans limitation de date de parution des articles. Plus de 250 articles ont été listés. Les références associées n'ont pas systématiquement fait l'objet de recherche, seules celles qui ont paru présenter un intérêt direct ont été utilisées.

Par ailleurs, une recherche manuelle, sur les sites internet des principales organisations d'accréditation ou de normalisation en santé a été menée.

Cette bibliographie importante n'a pu être entièrement dépouillée avant le travail de groupe, mais elle avait pour but de fournir des informations qualitatives, concernant l'organisation et les processus existants dans les pays pratiquant la rédaction de références, de standards ou de recommandations de pratiques de soins. Rapidement, il est apparu que les méthodes utilisées variaient peu autour de deux modèles établis (Conférence de Consensus et Méthode type RPC<sup>1</sup>).

Par ailleurs, des avis d'experts ont été sollicités, tant à l'extérieur du Maroc, qu'auprès de personnalités marocaines. Certains ont présenté leur travail et leurs résultats au cours de l'atelier.

A la suite de ces recherches et de ces contacts, les questions suivantes ont été retenues :

Quelle organisation du processus peut être envisagée au Maroc ?

Quels outils ou méthodes peuvent être utilisés pour élaborer ou adapter des références de soins ?

---

<sup>1</sup> La méthode RPC, pour Recommandation Clinique a été proposée par l'équipe du Pr Matillon au sein de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé, en France. Elle est inspirée elle même de méthodes américaines.

### **Atelier de travail**

Un atelier de 5 jours a réuni les participants du groupe de travail, afin de répondre à ces questions.

Cet atelier a été animé par un expert indépendant. Son objectif était d'obtenir un premier consensus sur le processus d'élaboration des références de soins, et il a permis aux participants de confronter leurs opinions, après une présentation des systèmes étrangers et de certaines expériences marocaines de normalisation dans la santé.

Il s'agissait d'inclure les principes invariants de tout processus d'élaboration de normes ou de références de soins dans un document adapté aux conditions et aux ressources marocaines.

### **Validation**

Après la rédaction de ce guide, il a été procédé à une validation par un groupe d'experts.

Le groupe de validation était composé du comité de pilotage du Programme National d'Assurance Qualité, des personnes ressources ayant participé à l'élaboration de ce document et d'experts internationaux qui ont contribué à son enrichissement.

## **MÉTHODE D'ÉLABORATION, D'ADAPTATION, ET DE SUIVI DE RÉFÉRENCES DE SOINS**

### **Définition de la référence de soins**

10

Une référence de soins doit améliorer la qualité des soins.

Elle se définit comme un ensemble de dispositions et de règles élaborées par une équipe multidisciplinaire, dans le respect de la rigueur scientifique et de l'éthique professionnelle, selon une méthodologie explicite et prédéfinie.

Une référence de soins doit améliorer la qualité des soins.

Il a paru inutile, pour le groupe de travail, de préciser que cette amélioration découlerait de l'uniformisation des pratiques, et de la mise à niveau de ces mêmes pratiques, par rapport aux connaissances scientifiques actuelles. Cette " omission " volontaire, vient de la volonté d'affirmer que la qualité sous entend ces deux démarches, uniformisation et mise à niveau, de façon naturelle.

Par ailleurs, cette première partie de la définition n'exprime pas un vœu ou un objectif (la référence vise à, ou a pour but de..), mais une obligation : la référence **doit** améliorer la qualité des soins. Compte tenu de l'état objectif de la santé au Maroc, il ne s'agit pas d'entreprendre de grandes controverses scientifiques, certes intéressantes et utiles, mais avant tout de faire progresser la pratique au quotidien. On peut illustrer ce concept par l'exemple du dépistage des risques de malformations fœtales : avant de se préoccuper de savoir si l'échographie est utile au premier, au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse, on doit déjà instaurer le suivi professionnel de l'ensemble des grossesses. Une fois que cette pratique sera acquise, il sera alors temps de passer à l'étape suivante. Mais il faudra déjà qu'elles assurent le minimum requis (c'est à dire la surveillance de base) pour l'ensemble de leur clientèle.

Cette définition de la référence de soins met l'accent sur les dimensions scientifiques et éthique de la pratique de soins, et présente d'emblée les deux critères majeurs de validité d'une référence. à savoir son élaboration par une équipe, et selon une méthode explicite.

On verra dans la description précise des acteurs et des phases de la méthode que cette multidisciplinarité inclut aussi, si le thème de la référence le nécessite, des personnalités non médicales. Cette ouverture, vers le patient, vers la société en général, est une composante clef de la qualité des soins.

La recherche de rigueur scientifique, légitime dans une discipline dominée par l'évolution rapide des techniques, doit être constamment mise en perspective par la nécessité éthique, qui provient de la nature même de la pratique des soins. La société, qui évalue et juge constamment l'ensemble des prestataires de santé, participe et participera de plus en plus au financement de ces soins, et demandera des résultats non seulement en terme de réussite médicale proprement dite, mais aussi en terme de respect de certaines règles de fonctionnement et de conduite. Là encore, il s'agit dès la rédaction de ces références, de ne pas passer à côté de cette dimension majeure de la médecine, qui permet peut-être de distinguer entre " semi-qualité " . uniquement technique, et qualité dans la pleine acceptation du terme. Cette dernière englobe l'exigence du meilleur comportement du professionnel face au patient ou sa famille, de la meilleure pratique déontologique, associées à la maîtrise du geste ou de la technique.

#### **Le processus d'élaboration, d'adaptation et de suivi des références de soins**

Le processus est composé de 6 phases faisant intervenir 5 acteurs.

*11*

Le groupe de travail a cherché à proposer pour chaque phases des critères de validation, afin de construire un modèle basé sur les principes généraux de l'assurance qualité.

## **1. LES ACTEURS**

5 acteurs participent au processus :

- L'initiateur
- Le comité de normalisation
- Le comité de pilotage
- Le groupe de travail
- Le groupe de lecture, ou de validation

### **1/ L'INITIATEUR**

**Qui est-il ?**

L'initiateur est celui qui propose le sujet ou le thème de la référence.

Cela peut être :

- une instance gouvernementale, Ministère de la Santé ou un autre département.
- une instance législative,
- une association professionnelle,
- un organisme de prévoyance ou de financement des soins,
- une société savante,
- une organisation non gouvernementale.

12

---

Il est possible, voir recommandé dans certains cas, que différents partenaires parmi ceux énumérés ci dessus se regroupent pour choisir le sujet de la référence. Dans l'avenir, il est probable que des associations de patients pourront aussi participer à cette initiative.

L'initiateur peut avoir un intérêt à demander une référence de soins (intérêt économique ou scientifique). Il accepte, en proposant le sujet, que la procédure aboutisse à des conclusions différentes de sa propre opinion.

**Quel est son rôle ?**

Son rôle est double :

- proposer le sujet général de la référence et les questions posées concernant ce sujet.
- assurer la totalité ou la plus grande partie du financement du processus.

### **2/ LE COMITÉ DE NORMALISATION**

**Qui est-il ?**

Le groupe de travail a proposé la création d'un organisme indépendant, à l'image des organismes de normalisation industrielle ou des agences d'accréditation ou d'évaluation de santé que l'on peut observer à l'étranger.

Compte tenu de l'organisation et de la distribution des soins au Maroc, cet organisme pourrait comprendre :

- des représentants des directions du ministère de la Santé,
- des représentants des praticiens de tous les secteurs de soins,
- des méthodologistes (épidémiologistes, statisticiens),
- des experts en qualité des soins,
- des experts de santé publique,
- des experts en économie de la santé,
- des sociologues, des professionnels de la formation,
- des experts documentalistes.

Le fonctionnement d'un tel organisme n'a pas été discuté de façon plus détaillée. Cependant, dans l'élaboration de cette méthode, les principes d'indépendance et de reconnaissance scientifique de cette entité ont paru indispensables.

Son organisation devra prévoir un conseil scientifique permanent, pouvant faire appel à des experts indépendants.

#### **Quel est son rôle ?**

Le comité de normalisation :

- examine et valide le sujet proposé par l'initiateur,
- si nécessaire, réduit le sujet et travaille avec l'initiateur pour définir les 5 à 8 questions précises concernant le sujet retenu, à poser au groupe de travail ;
- met en place le groupe de pilotage, en accord avec l'initiateur,
- recherche l'ensemble de la documentation nécessaire,
- apporte son assistance dans les étapes suivantes du processus, en termes de logistique, de contacts, etc..
- documente et archive l'ensemble des processus d'élaboration des références de pratique de soins,
- tient en permanence à la disposition du public, professionnel ou non professionnel, les références déjà rédigées.

*13*

---

### **3/ LE COMITÉ DE PILOTAGE**

#### **Qui est-il ?**

Le comité de pilotage est un groupe restreint, de 4 à 6 personnes.

Il est dirigé par un coordinateur, choisi conjointement par l'initiateur et le comité de normalisation. Ce coordinateur est un expert pour le sujet retenu. Il doit être indépendant, et ne pas avoir de conflit d'intérêt scientifique ou commercial avec le sujet choisi.

Il est entouré au moins par un méthodologiste, un administrateur, un spécialiste en formation et si nécessaire par d'autres personnes ressources.

### **Quel est son rôle ?**

Le comité de pilotage :

- valide les questions définitivement (en les précisant encore éventuellement).
- organise et planifie la suite du processus,
- prévoit dès le début les méthodes de diffusion, de mise en application, de suivi et de mesure d'impact de la référence,
- peut demander de recourir à une ou plusieurs études complémentaires (par exemple étude des moyens techniques disponibles (matériels médicaux..) dans le domaine du sujet choisi)
- oriente la recherche documentaire,
- nomme, en accord avec le comité de normalisation, le président du groupe de travail.

## **LE GROUPE DE TRAVAIL**

### **Qui est-il ?**

*14* Le groupe de travail est composé de 12 à 18 personnes.

— Ces personnes doivent représenter au moins les catégories suivantes :

- experts pour le sujet retenu,
- professionnels de terrain,
- méthodologistes,
- représentants de la société civile (avocats, représentants de patients).

Les membres du groupe de travail sont nommés par le président et le coordinateur, avec validation par le comité de normalisation.

Le groupe de travail doit être représentatif des modes d'exercice (public/privé), des conditions d'exercices (médecine urbaine/rurale), des structures de soins (Hôpital/Cabinet/Centre de Santé...)

Le président du groupe de travail est la première personne qui est désignée. Il doit être un expert reconnu et la probité de sa démarche scientifique ne doit pas pouvoir être mise en doute.

### **Quel est son rôle ?**

Le groupe de travail doit rédiger la référence.

## **5/ LE GROUPE DE LECTURE, OU DE VALIDATION**

### **Qui est-il ?**

Le groupe de lecture est un groupe large, pouvant compter jusqu'à 10 membres.

Il comprend des experts, des méthodologistes, des économistes, des utilisateurs, des professionnels de terrain, des représentants des ordres professionnels..

**Quel est son rôle ?**

Le groupe de lecture doit valider la référence, non pas sur des critères scientifiques, car cette discussion a eu lieu au sein du groupe de travail, mais sur les critères de réponses correctes aux questions posées, d'applicabilité, de faisabilité et de suivi de la méthodologie.

## **II. LES ÉTAPES DU PROCESSUS**

Le processus peut être décomposé en 6 étapes :

- L'initiative,
- La prise de décision,
- L'élaboration de la référence,
- La validation,
- La diffusion et la mise en application,
- Le suivi et l'évaluation.

### **1/ L'INITIATIVE**

L'initiative du processus peut découler de la constatation :

- d'un écart entre l'état actuel des connaissances et la pratique de soins,
- d'un écart de pratiques important entre les professionnels,
- d'un écart entre l'état actuel des connaissances et une référence en vigueur.

Il peut aussi provenir d'un événement déclenchant " extérieur ", mettant en évidence un problème qualitatif important.

16

Cette initiative est prise par un des acteurs énumérés ci dessus (voir initiateurs).

L'initiateur, ou les initiateurs, argumentent alors leur proposition de sujet, et cherchent les financements possibles pour le processus d'élaboration de la référence.

Ce dossier d'argumentation, devrait lui même trouver une forme normalisée, afin de permettre à chacun de se familiariser avec les critères de prise de décision du processus.

L'initiateur présente le dossier au comité de normalisation. Il est évident qu'il ne doit pas s'agir d'une remise de dossier purement administrative, et qu'à cette occasion, des entretiens et des discussions doivent déjà permettre à l'initiateur de préciser sa demande si nécessaire et au comité d'assister l'initiateur dans certaines recherches (documentation, financement).

### **2/ LA PRISE DE DÉCISION**

Le dossier, déposé auprès du comité de normalisation, fait l'objet d'un examen par le comité scientifique.

Les critères de validité pour une proposition de sujet de référence sont :

- enjeu de santé publique, ou intéressant un grand nombre de praticiens et une grande partie de la population, ou enjeu social ou financier important,
- décalage entre l'évolution des connaissances et les pratiques, ou entre les pratiques,
- information scientifique disponible en quantité suffisante, et accessible,

- sujet ne risquant pas d'entraîner des coûts financiers importants pour parvenir à répondre aux questions.

Ces quatre critères doivent être remplis pour que la décision soit positive. A noter que le dernier critère est une innovation marocaine. Il est en effet impensable de dépenser des ressources de façon inconsidérée, par exemple dans des études thérapeutiques ou cliniques complémentaires, à l'occasion de la rédaction d'une référence. Ces études doivent faire l'objet de financements particuliers, et sont du domaine de la recherche et non de la création d'un référentiel. Cela exclut de fait la méthode de la conférence de consensus telle qu'elle peut être décrite et appliquée, car les besoins financiers en organisation ne sont pas en général compatibles avec le niveau de ressources disponibles au Maroc. Une fois de plus, la levée de controverse, et tout ce qu'elle peut entraîner à son niveau scientifique le plus élevé (experts disponibles, congrès publique..) ne peut actuellement faire partie du domaine d'application des références marocaines.

Au cours de cette étape de prise de décision, le comité de normalisation aidera l'initiateur à recentrer le sujet, à préciser les questions posées, et pourra l'assister dans la recherche de financement, à condition que cette recherche soit complémentaire et non totale.

Le comité de normalisation pourra, dans cette perspective, procurer des contacts avec d'autres organisations professionnelles susceptibles d'être intéressées par le sujet proposé, pratiquer des recherches de financement nationaux ou internationaux, d'aide aux projets qualité, etc..

### **3/ L'ÉLABORATION DE LA RÉFÉRENCE**

17

---

L'étape d'élaboration de la référence débute dès que le comité de normalisation a rendu une décision positive à la proposition de l'initiateur.

#### **3.1 Nomination du coordinateur**

La première tâche consiste à nommer le coordinateur du comité de pilotage. Cette nomination provient d'un accord entre l'initiateur et le comité de normalisation.

Le coordinateur doit être une personne connaissant bien le sujet à traiter, sans être obligatoirement un expert de renommée internationale. Ses aptitudes à organiser des travaux de recherche, à organiser des activités de groupe (Formation Médicale..), à pratiquer la recherche de bibliographie, sont les éléments importants de ses compétences.

Le coordinateur est épaulé par une équipe comprenant un méthodologiste, un gestionnaire et une secrétaire. Il peut aussi se faire assister ponctuellement par un membre du comité de normalisation, spécialisé dans un domaine précis.

#### **3.2 Nomination du président du groupe de travail**

Dès sa prise de fonction, le coordinateur participe à la nomination du président du groupe de travail, avec le comité de normalisation. Cette nomination doit être validée par l'initiateur.

Le président du groupe de travail est la personne pivot de l'ensemble du processus. Comme il a déjà été spécifié, il doit représenter une référence marocaine pour le sujet abordé. Sa probité

intellectuelle ne doit pas pouvoir être mise en doute. Le président participera non seulement au travail de rédaction de la référence, mais aussi à l'organisation du processus. Il constitue le lien entre le groupe de travail et le comité de pilotage. Sa disponibilité doit donc également être prise en compte.

### **3.3 Nomination des membres du groupe de travail**

Le comité de pilotage et le président du groupe de travail choisissent les membres du groupe de travail. Ces membres sont approuvés par le comité de normalisation.

### **3.4 Planification du processus**

Le comité de pilotage et le président du groupe de travail :

- donnent les instructions de recherche documentaire (critères de recherche dans le cas de recherche automatisée, titres des périodiques en cas de recherche manuelle..). La recherche documentaire doit être la plus large possible, incluant l'ensemble de la littérature scientifique pour une période donnée, ainsi que ce qu'il est convenu de nommer " la littérature grise ", c'est à dire tous les documents disponibles non référencés dans les bases de données (plaquettes d'information, guides de toute sorte) et les textes réglementaires ou législatifs en vigueur.
- définissent la grille d'analyse utilisée, cette grille devant permettre à chaque membre du groupe d'évaluer les publications selon des critères objectifs (rapport avec le sujet, niveau de preuve scientifique, applicabilité au Maroc..),
- répartissent les publications entre les membres du groupe de travail (la répartition peut se faire de façon aléatoire, ou selon un schéma déterminé),
- prévoient les dates et l'organisation des réunions du groupe de travail.
- proposent au comité de normalisation les méthodes de diffusion et d'évaluation de la référence,
- proposent au comité de normalisation les membres du groupe de validation.

### **3.5 Rédaction de la référence**

Au cours d'une première réunion, le président du groupe de travail présente aux membres du groupe le sujet ainsi que les questions posées. Il précise l'objectif de rédaction et distribue à chacun les publications qu'il aura à analyser. Cette réunion doit aussi donner lieu à une mise à niveau méthodologique, et à la présentation de l'outil de lecture adopté par le comité de pilotage et le président. Les membres du groupe qui le désirent doivent pouvoir bénéficier d'une formation assurée par un méthodologiste du comité de normalisation sur l'analyse critique de littérature.

Le président fixe les réunions suivantes, selon le planning prédéfini, ainsi que le pourcentage de réalisation à atteindre à chacune de ces réunions. Ce pourcentage représente l'état d'avancement de l'objectif final, c'est à dire la rédaction de la référence. (On peut considérer que lorsque tous les documents remis ont été analysés, 70 % de l'objectif final est atteint).

L'apport du méthodologiste est ici primordial, car c'est lui qui assistera le groupe dans la rédaction, en fonction des analyses de la littérature.

La rédaction peut se faire au cours d'une ou plusieurs réunions.

Le président du groupe de travail est responsable devant le comité de normalisation des éventuels dépassements de temps et de budget de cette phase de travail.

#### **Notes sur la rédaction des références de soins**

Le document final devrait adopter un format normalisé, afin d'en faciliter la lecture et l'exploitation.

Il est souhaitable que le niveau de recommandations apparaisse dans la référence. Ce niveau est lié au niveau des preuves scientifiques qui ressort de l'analyse de la littérature et à l'avis consensuel des participants du groupe de travail.

#### **3.6 Etudes annexes**

Le comité de pilotage et le président du groupe de travail peuvent demander, conjointement ou préalablement à la rédaction de la référence, la réalisation d'études annexes.

Ces études ne doivent pas avoir pour objectif de préciser une donnée scientifique, mais d'obtenir un état des lieux sur un point en rapport avec le sujet. Par exemple, le nombre et la disponibilité d'un matériel dans le système hospitalier public ou privé, la disponibilité d'une molécule etc.. Il ne s'agit pas à ce moment d'évaluer des pratiques (puisque la référence sera là pour unifier ces pratiques), mais d'évaluer certains moyens clés.

19

---

L'étude peut aussi porter sur les aspects socio-culturels à prendre en compte lors de la rédaction de la référence.

Dans tous les cas il paraît préférable de programmer ces études dès le début de la phase d'élaboration.

## **4/ VALIDATION DE LA RÉFÉRENCE**

A l'issue du travail de groupe, la proposition de référence est soumise au groupe de validation.

Ce groupe est large, il doit comprendre des experts, des utilisateurs, des personnalités de la société civile.

Sa composition est soumise au comité de normalisation par le comité de pilotage.

Le comité de validation répond à 3 questions :

- la référence répond-elle aux questions posées ?
- la méthodologie suivie est-elle valide ?
- la référence est-elle applicable ?

Le comité de lecture ne doit pas évaluer la validité scientifique des recommandations, mais peut porter à la connaissance du groupe de lecture des éléments (publications, communications scientifiques) qu'il n'aurait pas pris en compte.

Les remarques des membres du comité de validation sont centralisées par le coordinateur. et transmise pour examen au président.

Si nécessaire, le président demande au groupe de travail d'intégrer ces éléments et ces remarques dans la version finale du document.

Cette phase de validation est unique, et à son issue, le groupe de travail rédige la version finale de la référence de pratiques de soins au comité de normalisation. pour diffusion.

## **5/ DIFFUSION DE LA RÉFÉRENCE DE SOINS**

L'étape de diffusion et de mise en application est cruciale.

La planification effectuée par le comité de pilotage doit préciser :

- la ou les cibles identifiées pour la diffusion,
- les supports envisagés (papier, audio-visuel, cd-rom, site web..),
- les moyens retenus (diffusion directe, congrès professionnel, revues..),
- les actions de formation éventuelles (inclusion dans la formation de base. formation continue. formation spéciale à l'occasion de la parution de la référence..).
- les résultats attendus en termes de pourcentage des cibles atteint.

Cette phase peut s'étendre sur une période assez longue, compte-tenu des impératives logistiques. On peut même considérer qu'à partir du moment où la référence est rédigée, la diffusion est continue, jusqu'à sa révision éventuelle.

20

La mise en œuvre de la stratégie de diffusion retenue peut engager des ressources importantes, et le comité de normalisation doit prévenir l'initiateur dès le début du processus afin, que celui ci prévoit le financement adéquat. Le comité ne peut assumer à lui seul l'intégralité de ce financement.

## **6/ EVALUATION**

L'évaluation porte sur deux aspects :

- l'application de la référence,
- l'impact sur la qualité des soins.

Le premier aspect peut être évalué par des sondages auprès de professionnels, des questionnaires, ou dans le cadre des pratiques de formation continue.

Il est important de pouvoir identifier les freins à l'application d'une référence, car ils peuvent apporter des enseignements utiles pour la rédaction des références suivantes.

Ces freins peuvent être liés à une stratégie de diffusion inadaptée, un refus ou une impossibilité matérielle de mettre en œuvre certains gestes, un manque de formation ou d'information complémentaire..

Le cas des services hospitalo-universitaires peut poser un problème, car ceux-ci ont pour vocation de rechercher des protocoles ou des pratiques nouvelles, ne rentrant pas forcément dans le cadre de la référence. Il est alors souhaitable que le service présente le protocole de

recherche, la méthodologie suivie et les résultats escomptés, afin d'enrichir éventuellement la réflexion sur la pratique ou la stratégie thérapeutique.

La pratique des audits cliniques doit être intégrée à cette étape d'évaluation, de même que toutes les méthodes connues d'évaluation de pratique (revue de dossiers, entretiens oraux..).

Cette évaluation est menée par le comité de normalisation, qui doit s'assurer de la mise en application des références. Le budget nécessaire doit être en partie fourni par l'initiateur.

Pour mesurer l'impact de la référence sur l'amélioration de la qualité des soins, il sera nécessaire de recueillir certains indicateurs, objectifs et subjectifs.

Là aussi, ce recueil débute dès la phase d'élaboration, afin d'obtenir le niveau de départ et de pouvoir évaluer la progression. Il est souvent utile de fixer un objectif d'amélioration et de comparer les taux recueillis à cet objectif, de façon à apprécier si le but fixé est atteint.

Ce recueil et l'analyse des résultats est de la responsabilité du comité de normalisation.

Enfin, parallèlement à ces outils d'évaluation externe, il est recommandé de fournir des outils d'auto-évaluation aux professionnels, pour qu'ils puissent utiliser les références dans un projet d'amélioration continue de la qualité à un niveau individuel ou en groupe.

## **CONCLUSION**

La rédaction et la mise en œuvre de références de soins est un travail de longue haleine. Au cours de ce parcours, certains peuvent être tentés de penser qu'il s'agit de pure vanité que de vouloir introduire un semblant d'organisation dans un domaine où, depuis l'antiquité, la relation personnelle entre un thérapeute et son patient a toujours primé.

Pour ceux ci, et les autres, il est bon de se souvenir que tous les maîtres, d'Hippocrate à Pasteur, en passant par Avicenne et Averroes, ont toujours mis en avant une Méthode, qui doit préexister aux résultats.

Qu'est-ce qu'une référence, si ce n'est une proposition de méthode ?

**ANNEXES**

## LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE CONSENSUS SUR LES REFERENCES DE SOINS

### ADMINISTRATION CENTRALE

Dr. Nouredine CHAOUKI	Chef de Division des Maladies non Transmissibles (DELM)
Dr. Kamal ALAMI	Chef de service des MST/Sida (DELM)
Dr. Katra – Ennada DARKAOUI	Chef de la Division des Soins Ambulatoires
Dr. Ali MALKI	Cadre à la Division des Soins Ambulatoires
M. Salah OULIOUEL	Cadre à l'Inspection Générale
M. Aissa BENTAFRIT	Cadre à l'Inspection Générale
M. Hassan BELAARIF	Cadre à la Division de la Formation

### HOPITAUX

Dr. Ahmed KARBALI	Directeur du Centre Hospitalier de Safi
Dr. Mohamed JANATI	Directeur du Centre Hospitalier de Tanger
Dr. Hamid KHADRI	Cadre au Centre Hospitalier Ibn Sina
Dr. Mohamed Taoufiq KABBAJ	Médecin chef du service de pédiatrie à l'hôpital Mohamed V à El Jadida

### SIAAP

Dr. Ahmed ELGHAFUOL	Médecin chef de C/S à (El' Jadida)
Dr. Abdelmalek KOUALA	Médecin chef de SIAAP de province de Tanger El Fahss
Dr. Ahmed DOUKKANI	Médecin chef de SIAAP de province Skhirat Temara
Dr. Abdelhak M'GHARI	Médecin Chef de CS (Karia Ba Mohamed)

### LABORATOIRES

Mme. Maria SLIMANI	Cadre au Service de l'Assurance Qualité (Laboratoire National de Contrôle des Médicaments)
Dr. Mustapha ZEKRI	Cadre à l'Unité du Réseau de Laboratoires de Santé Publique

### INSTITUTS

M. Mohamed BAHADI	Cadre à l'I.F.C.S de Rabat
Dr. Amina SAHEL	Cadre à l'Institut National d'Administration Sanitaire

### UNITE DE GESTION DE LA QUALITE

M. Abdelouahed El KARIMI	Cadre à l'Unité de Gestion de la Qualité.
M. Anass RIHANI	Cadre à l'Unité de Gestion de la Qualité

### FACILITATEURS REGIONAUX DES

#### SITES DE QUALITE

Dr. Ibrahim ZAADOUD	Facilitateur de la région Fes- Boulmane
Dr. Nadir KANDOUSSI	Facilitateur de la région Meknes- Tafilalet
M. Ahmed FADILI	Facilitateur de la région Sous-Massa Daraa
M. Hamid EL KOUCH	Facilitateur de la région Marakech-Tansift-El haouz
M. Mustapha El MAHOTI	Facilitateur de la région Tanger- Tétouan
M. Mohamed SEBBANI	Facilitateur de la région Meknes- Tafilalet

## **MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE DU PROGRAMME NATIONAL D'ASSURANCE QUALITE**

Dr. My Mustapha ISMAILI ALAOUI	Inspecteur Général
Dr Saida CHOUJAA JRONDI	Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
Dr Jaouad MAHJOUR	Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies
Dr. Mustapha TYANE	Directeur de la Population
Mme. Khadija MESHAK	Directeur de la Réglementation et du Contentieux
Pr Rajae EL AOUD	Responsable du Réseau National des Laboratoires de Santé Publique
Pr. Abdellah BEN SLIMANE	Directeur de l'Institut Pasteur
Pr. Said OUAHLIA	Centre Hospitalier Ibn Rochd
Pr. Mohamed KTIRI	Président de l'Association Marocaine des Sciences Médicales
Dr. Ahmed SERJI	Représentant de l'Ordre National des Médecins
M. Ismael AACHATI	Chef de la Division de la Formation
Dr. Katre Ennada DARKAOUI	Chef de la Division des Soins Ambulatoires
Dr Mohamed Zaari JABIRI	Chef de Service de la Formation Continue
Dr. Rachid BAKKALI	Délégué Coordonateur Régional
Dr. Omar EL MENZEHI	Délégué Coordonateur Régional
Dr. Abdelmajid BOUALLOU	Délégué de la préfecture de Zouagha My Yakoub
Dr. Khallaf OUCHRIF	Délégué Coordonateur Régional
Dr. Rachid ZEMMOURI	Délégué de la préfecture de Témara
Dr. Mohamed Said BELKADI	Directeur du Centre Hospitalier d'Agadir
M. Mohamed JANATI	Directeur du Centre Hospitalier de Tanger
Dr. Hamid KHADRI	Cadre au Centre Hospitalier Ibn Sina
Mme. Maria SLIMANI	Cadre au Service de l'Assurance Qualité (Laboratoire National de Contrôle des Médicaments)
M. Mohamed BAHADI	Cadre à l'I.F.C.S de Rabat
Dr Latifa. LOUKHMAS	Cadre au Centre National de Transfusion Sanguine
Dr. Amina SAHEL	Cadre à l'Institut National d'Administration Sanitaire
M Mohamed GHAZZA	Association Marocaine des Siences Infirmières et des Techniques Sanitaires " A.M.S.I.T.S"
M. Said AMIRI	Directeur de l'I.F.C.S - Marrakech
M. Mustapha EL MAHOTI	Major de SIAAP à la Wilaya de Tetouan
M Ahmed FADILI	Major de SIAAP de la region Sous Massad Daraa

**LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE LECTURE  
DU GUIDE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION,  
D'ADAPTATION ET DE SUIVI DES REFERENCES DE SOINS**

Dr. My Mustapha ISMAILI 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
Dr. Mustapha TYANE	Directeur de la Population
Mme. Khadija MESHAK	Directeur de la Réglementation et du Contentieux
M. Ismael AACHATI	Chef de la Division de la Formation
Pr. Rajae EL AOUD	Responsable du Réseau National des Laboratoires de Santé Publique
Pr. Abdellah BEN SLIMANE	Directeur de l'Institut Pasteur
Pr. Saïd OUAHLIA	Centre Hospitalier Ibn Rochd
Pr. Mohamed KTIRI	Président de l'Association Marocaine des Sciences Médicales
Dr. Ahmed SERJI	Représentant de l'Ordre National des Médecins
Dr. Katre Ennada DARKAOUI	Chef de la Division des Soins Ambulatoires
M. Ali EL MALKI	Cadre à la Division des Soins Ambulatoires
Dr. Mohamed Zaari JABIRI	Chef de Service de la Formation Continue
Dr. Rachid BAKKALI	Délégué Coordonateur Régional
26 Dr. Omar EL MENZEHI	Délégué Coordonateur Régional
Dr. Abdelmajid BOUALLOU	Délégué de la préfecture de Zouagha My Yakoub
Dr. Khallaf OUCHRIF	Délégué Coordonateur Régional
Dr. Rachid ZEMMOURI	Délégué de la préfecture de Témara
Dr. Mohamed Saïd BELKADI	Directeur du Centre Hospitalier d'Agadir
M. Mohamed JANATI	Directeur du Centre Hospitalier de Tanger
Dr. Hamid KHADRI	Cadre au Centre Hospitalier Ibn Sina
Mme Maria SLIMANI	Cadre au Service de l'Assurance Qualité
M. Mohamed BAHADI	(Laboratoire National de Contrôle des Médicaments)
Dr. Latifa. LOUKHMAS	Cadre à l'I.F.C.S de Rabat
Dr. Amina SAHEL	Cadre au Centre National de Transfusion Sanguine
M. Mohamed GHAZZA	Cadre à l'Institut National d'Administration Sanitaire
	Association Marocaine des Sciences Infirmières et des
	Techniques Sanitaires " A.M.S.I.T.S"
M. Saïd AMIRI	Directeur de l'I.F.C.S - Marrakech
M. Mustapha EL MAHOTI	Major de SIAAP à la Wilaya de Tetouan
M. Abedelouahed El KARIMI	Cadre à l'Unité de Gestion de la Qualité
Dr. Theo LIPPEVELD	Directeur John Snow , Inc
Mme. Malika LAASRI	John Snow , Inc