



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 14 au 31 mai 2001

Bruno Bouchet, URC

Activités I.B.4 & I.C.4

Soumis : le 26 juin 2001

Distribution (par ordre alphabétique):

Dr Mohamed Abou Ouakil, Ministère de la Santé/DP
Dr Agyo, Ministère de la Santé/DF
M. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc
Dr Rachid Bakkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan
Dr Abdelali Belghiti, Responsable de l'UMER
Dr Mohamed Belkadi, Directeur Hopital Agadir
Pr. Rachid Bezaoui, Rabat
Dr Volkan Cakir, JSI/Maroc
Dr Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA
M. Mustapha El Mahoti, Tanger-Tétouan
Mme Boutaina El Omari, JSI/Maroc
Dr Farouk Fasla, Coordinateur Régional de Souss-Mass-Drâa
Dr Saïda Jroni, Ministère de la Santé/DHSA
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc
Dr Theo Lippeveld, JSI/Boston
Dr Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Rahmani, Ministère de la Santé/DP
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc
Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP
Dr Tisna Veldhuyzen van Zanten, URC/Bethesda
Mme Susan Wright, USAID/Maroc
Dr Mohamed Zaari, Ministère de la Santé/DF
Délégués provinciaux des régions SMD et TT
Cellules Assurance Qualité
Mme Ellen Coates, URC/Bethesda

TABLE DE MATIERES

Acronymes	2
Executive Summary	3
Résumé	4
1. Contexte	5
2. Objectifs	5
3. Activités principales.....	5
4. Activités spécifiques et résultats	6
5. Idées discutées/Recommandations	13
6. Prochaines étapes	16
Annexes	17
Annexe 1 : Termes de Référence du Consultant.....	18
Annexe 2 : Journée de sensibilisation à Ouarzazate.....	20
Annexe 3 : Ateliers Collaboratifs à SMD	23
Annexe 4 : Session sur le Leadership à Taliouine.....	27
Annexe 5 : Documents de Référence pour cette Mission.....	28
Annexe 6 : Programme Détaillé de la Mission	29
Annexe 7 : Indicateurs de Performance des Collaboratifs.....	30
Annexe 8 : Diagrammes Fréquence-Temps des Collaboratifs	33
Annexe 9 : Changements Identifiés et Planifiés par les Equipes	42
Annexe 10 : Appel d'Offres du Concours Qualité	51
Annexe 11 : Compte Rendu de la Session sur le Leadership	57
Annexe 12 : Termes de Référence du Consultant pour l'Atelier Normes.....	61
Annexe 13 : Echancier des Activités AQ Soutenues par URC pour la Première Année de <i>Progress</i>	63
Annexe 14 : Mise à Jour des Activités AQ soutenues par URC	66
Annexe 15 : Modèle Collaboratif d'Améliorations Rapides	68
Annexe 16 : Liste des Personnes Rencontrées	69

ACRONYMES

AQ	Assurance Qualité
CPN	Consultation Pré Natale
CRAQ	Commission Régionale d'Assurance Qualité
CS	Centre de Santé
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DP	Direction de la Population
GiQua	Gestion Intégrale de la Qualité
IFCS	Instituts de Formation aux Carrières de Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JSI	John Snow Incorporated
MS	Ministère de la Santé
PAQ	Projet d'Amélioration de la Qualité
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PES	Plan d'Evaluation et de Suivi
PNAQ	Programme National d'Assurance Qualité
<i>Progress</i>	Projet de Gestion Régionale des Services de Santé
SMD	Souss-Massa-Drâa
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé Reproductive
SSB	Soins de Santé de Base
TT	Tanger-Tétouan
UGP	Unité de Gestion du Projet
UMER	Unité de Mise en Oeuvre de la Réforme
UO	Urgences Obstétricales
URC	University Research Corporation
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

EXECUTIVE SUMMARY

This mission had **3 objectives**:

- Support SMD region with the obstetrical emergencies and STI collaboratives, the request for quality improvement projects, and the strengthening of leadership capacities.
- Plan technical assistance to QA activities in TT region;
- Contribute to other activities of *Progress*: Project Monitoring Plan and central QA activities.

In Souss-Massa-Drâa,

- Members of the collaboratives have been collecting performance indicators for the past 5 weeks and have already implemented changes that lead to improvement in the referral delay of obstetrical emergencies, filling out of the referral form, screening for STI during pre natal consultancy, and reporting of STI. Other changes were identified and planned.
- The request for quality improvement proposals was launched with modified terms of reference and a new deadline, June 8.
- A focused conversation session was held and allowed members of the regional team to make decisions to strengthen their leadership attitudes.

In Tanger-Tétouan,

- The PNAQ strategy was reviewed in details and technical support to QA activities were identified: i) training of coaches to support 80 newly trained teams; ii) development of supervisory checklists to assess staff performance in priority services; iii) development of standards to assign quality labels to health facilities; iv) QA program evaluation and quality assessment; v) development of a documentation and communication system for QA activities.
- Some of these activities require preliminary economic and/or logistical feasibility studies (QA program evaluation and supervision system)

At central level,

- Terms of reference for the national workshop on norms were finalized.
- The Quality Charter of the DP is being developed.
- Quality indicators of the PES were refined and will be finalized soon.

The calendar of QA activities has been updated, as well as the summary list of QA activities, in order to reflect the development of a better vision for the institutionalization of QA within a health system in the process of decentralization.

Overall, QA activities have evolved since the last mission. The next URC missions are planned in July (national workshop on norms) and September (follow up, training of coaches, integration of QA within SONU standards)

RESUME

Cette mission avait **3 objectifs** :

- Appuyer la région de SMD dans le suivi des collaboratifs urgences obstétricales et IST, l'appel d'offres des projets qualité et le renforcement des capacités de leadership.
- Planifier l'appui aux activités AQ de la région de TT.
- Apporter la contribution de URC aux autres activités de *Progress*: Plan de suivi et évaluation du Projet (PES) et activités AQ centrales.

A Souss-Massa-Drâa,

- Les membres des collaboratifs collectent depuis 5 semaines les indicateurs de performance et ont déjà mis en place des changements ayant apporté des améliorations dans le délai d'évacuation des urgences obstétricales, le remplissage de la fiche de référence, le dépistage et la déclaration des IST. D'autres changements ont été identifiés et planifiés.
- L'appel d'offres a été lancé avec des termes de référence modifiés et une date limite fixée au 8 juin.
- Une session de conversation dirigée a permis à l'équipe régionale de prendre des décisions pour renforcer son leadership.

A Tanger-Tétouan,

- L'approche PNAQ a été revue en détails et l'appui technique aux activités AQ précisé : i) formation de facilitateurs pour appuyer les 80 nouveaux animateurs de sites ; ii) développement de fiches de supervision pour évaluer la performance des agents dans les services prioritaires ; iii) développement de normes pour l'octroi d'un label qualité aux formations sanitaires ; iv) évaluation du programme AQ et de la qualité des soins ; v) développement d'un système de documentation/communication des activités AQ.
- A noter que certaines de ces activités dépendent d'une étude de faisabilité économique et/ou logistique (évaluation du PNAQ et système de supervision)

Au niveau central,

- Les termes de référence du consultant pour l'atelier national sur les normes sont finalisés.
- La charte qualité de la DP est en voie de développement.
- Les indicateurs qualité du PES ont été précisés et doivent être finalisés.

L'échéancier des activités AQ a été mis à jour, ainsi que le résumé des activités, afin de refléter le développement d'une meilleure vision pour l'institutionnalisation de l'AQ dans un système en cours de décentralisation.

Globalement, les activités AQ se sont développées par rapport à la dernière mission. Les prochaines missions de URC sont planifiées en juillet (atelier national sur les normes) et septembre (suivi des activités, formation des facilitateurs et appui aux activités AQ pour les normes SONU)

<p align="center">Projet de Gestion Régionale des Services de Santé - <i>Progress</i> Assistance Technique aux Activités d'Améliorations de la Qualité</p>
--

1. CONTEXTE

Dans le cadre du Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*) financé par l'USAID et exécuté par John Snow Incorporated (JSI), University Research Co., LLC (URC) apporte un appui technique dans le domaine de l'Assurance Qualité (AQ) et la gestion des ressources humaines.

Progress appuie la décentralisation de la gestion des services de santé dans 2 régions, Souss Massa Drâa (SMD) et Tanger Tétouan (TT). Deux résultats spécifiques sont attendus de *Progress*: 1) *Les rôles, responsabilités et capacités identifiés, définis et développés aux différents niveaux du Ministère de la Santé* ; 2) *Des modèles innovateurs pour améliorer l'accessibilité, l'utilisation, la qualité et l'efficacité des services de santé sont développés et testés par les équipes régionales et locales.*

Le but de cette mission est d'apporter un appui technique aux activités d'amélioration de la qualité dans les régions de Souss-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan et au niveau central, conformément au plan d'action finalisé lors de la mission précédente.

2. OBJECTIFS

Cette mission avait 3 objectifs :

- **Objectif 1** : Appuyer la région de SMD dans l'avancement de ses activités AQ : i) collaboratifs urgences obstétricales et IST ; ii) concours qualité/appel d'offres ; iii) renforcement des capacités de leadership.
- **Objectif 2** : Planifier l'appui aux activités AQ de la région de TT.
- **Objectif 3** : Apporter la contribution de URC aux autres activités de *Progress* : i) finalisation du Plan de suivi et évaluation du Projet (PES) ; ii) révision finale du document « La Qualité en Action » ; iii) Activités AQ du niveau central (charte qualité de la DP, atelier national de réflexion sur les normes de soins, intégration de l'enseignement de l'AQ dans les IFCS).

Les termes de référence de cette mission sont présentés en **annexe 1**.

3. ACTIVITES PRINCIPALES

Les principales activités de cette mission furent :

- Des réunions de briefing & débriefing avec l'USAID ;
- Des sessions de travail avec l'équipe de JSI ;
- Des rencontres avec les équipes régionales de SMD et TT;
- Une journée de sensibilisation sur le concours qualité dans la province de Ouarzazate (voir programme et liste des participants en **annexe 2**) ;

- Deux ateliers sur les collaboratifs dans la région de SMD (voir programmes et liste des participants en **annexe 3**) ;
- Une session de conversation dirigée sur le leadership avec les leaders de la région de SMD (Voir programme et liste des participants en **annexe 4**) ;
- Des sessions de travail avec la Direction de la Population (DP) et la Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires (DHSA) du Ministère de la Santé ;
- Une revue et l'utilisation de certains documents (voir **annexe 5**).

Le programme détaillé de la mission est présenté en **annexe 6**.

4. ACTIVITES SPECIFIQUES ET RESULTATS

Pour l'Objectif 1 : *Appuyer la région de SMD dans l'avancement de ses activités AQ : i) collaboratifs urgences obstétricales et IST; ii) concours qualité/appel d'offres; iii) renforcement des capacités de leadership.*

Les collaboratifs

Depuis février 2001¹, la région de SMD applique le modèle collaboratif des améliorations rapides de la qualité des soins à la prise en charge des urgences obstétricales et des IST. A travers la collecte et l'analyse de données, 8 établissements de santé (2 maisons d'accouchement, 2 maternités de référence et 4 centres de santé) ont commencé à mesurer la performance de certains sous systèmes selon un rythme hebdomadaire. Ainsi, le collaboratif Urgences Obstétricales (UO) collecte 8 indicateurs, tandis que le collaboratif IST collecte 5 indicateurs. La liste des indicateurs est résumée en **annexe 7**. Cette liste comprend les changements qui ont été introduits dans les indicateurs durant cette mission (voir plus loin, au paragraphe « points faibles ») et est donc différente de la liste initiale arrêtée lors de la dernière mission.

Deux ateliers de présentation des données du monitoring ont été tenus avec les membres des collaboratifs, durant lesquels les points suivants ont été discutés : l'interprétation des indicateurs, la validité des données, les difficultés rencontrées dans la collecte des données, et les changements déjà introduits ou en cours d'introduction. Les diagrammes fréquence-temps (run charts) des indicateurs de performance sont présentés en **annexe 8**. Seuls certains diagrammes pour lesquels les données sont exploitables sont présentés, sous réserve d'une validation future.

Les participants ont également appliqué une méthodologie d'identification et de planification des changements à mettre en place afin d'en tester leur impact sur les indicateurs de performance. Bien que le temps limité n'a pas permis au groupe de finaliser les matrices de priorisation et planification des changements, tous les groupes ont néanmoins identifié les changements qui sont sous leur contrôle et qu'ils souhaitent mettre en place. L'**annexe 9** présente des exemples des changements identifiés et planifiés par les équipes.

Durant ces ateliers, les participants ont visionné un film sur les paradigmes, destiné à

¹ Rapport de Mission, 22 janvier-9 février 2001. Bruno Bouchet & Wendy Edson.

faire réfléchir à l'importance de la créativité dans le changement² et à l'utilisation de différents paradigmes pour identifier des manières d'organiser des services ou de fournir des soins qui sont meilleures mais semblent irréalistes dans le paradigme actuel.

Depuis l'introduction des 2 collaboratifs en février, on note des **progrès importants** :

- **Un travail d'équipe dans les 8 sites et une dynamique d'équipe** entre les sites du collaboratif Urgences Obstétricales. Ces derniers ont en effet développé ensemble (et pour la première fois) une fiche de référence des urgences obstétricales, destinée à améliorer la qualité de la prise en charge des urgences référées en améliorant la continuité de la prise en charge et en évitant des surdosages thérapeutiques.
- **La faisabilité de la collecte régulière d'indicateurs de performance.** Toutes les équipes ont confirmé que la collecte des données représente une charge de travail supplémentaire tout à fait raisonnable et qu'elles perçoivent le bénéfice des informations nouvelles qu'elles apportent sur leur propre performance.
- **La mise en place spontanée de changements** en réaction aux données sur la performance. C'est de loin le résultat le plus encourageant. Avant même une mise en commun des données avec les autres sites et avant l'organisation de cet atelier, des sites sont spontanément passés à la phase d'identification et de mise en place de changements. Ainsi, le centre de santé d'Ouled Teima a réorganisé le circuit du patient porteur d'IST afin d'augmenter le taux de déclaration des cas. La maison d'accouchement de Sidi Bibi a réorganisé la gestion de l'ambulance communale afin de diminuer les délais d'évacuation des urgences obstétricales de 45 mn à 9 mn. De même, le centre de santé de Biougra, au vu d'un faible taux de dépistage des IST chez les femmes vues en CPN (10%) a renforcé le dépistage systématique pour atteindre désormais un taux de 100%.

Néanmoins, il reste beaucoup d'efforts à accomplir pour améliorer les **points faibles** :

- **Harmoniser la compréhension des indicateurs**, à la fois leur calcul et leur signification. Des problèmes ont été constatés avec certains indicateurs et ont été résolus comme suit (voir **annexe 7**) :
 - Le délai moyen de transfert (indicateur 5 des UO) nécessite de recouper des informations connues seulement soit par la maison d'accouchement (heure de décision de transfert) soit par la maternité de référence (heure d'arrivée). Ceci complique le calcul de cet indicateur. Comme l'a fait la maison d'accouchement de Sidi Bibi, nous proposons de remplacer cet indicateur par le délai moyen d'évacuation c-à-d le temps écoulé entre la décision de transfert et le départ réel de la maison d'accouchement. En effet, nous supposons que le délai de transport entre la maison d'accouchement et la maternité de référence est relativement stable. Si plusieurs urgences sont référées dans la même semaine, la moyenne arithmétique est calculée.
 - La proportion de fiches de référence correctement remplies (indicateur 6 des UO) correspond à la fiche développée par les membres du collaboratif.

² The Business of Paradigms. Joel Barker. Discovering the Future Series. Version française.

- Le délai moyen entre l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge médicale selon un protocole de soins standardisé (indicateur 7 des UO) a été mal compris par les maternités de référence. On considère que la prise en charge de la patiente commence lorsque le médecin spécialiste (gynécologue-obstétricien) arrive auprès de la patiente. En effet, les vraies urgences nécessitent que la prise en charge soit faite par le spécialiste. Cet indicateur mesure le temps de réponse, mais les maternités ont considéré que la prise en charge commençait à l'arrivée de la sage femme ou de l'interne.
 - La proportion de patientes prises en charge selon le protocole de soins pour la toxémie gravidique (indicateur 8 des UO) a été interprétée comme étant de 100% si la patiente ne décédait pas. Il s'agit d'une mauvaise interprétation. La maternité de référence doit définir les critères de prise en charge correcte selon les normes SONU et mesurer l'adhésion à ces normes par révision hebdomadaire de chaque dossier de toxémie gravidique. Le non-décès de la patiente ne signifie pas qu'elle a été prise en charge selon les normes.
 - La proportion de prise en charge correcte des IST (indicateur 1 des IST) n'a pas de sens tel qu'il est défini et est source d'interprétations variables. Nous suggérons de le remplacer par l'indice de qualité de la prise en charge, qui est un résumé des indicateurs 2, 3, et 5. On le calculerait en multipliant $2 \times 3 \times 5$.
 - La proportion de traitements corrects (indicateur 3 des IST) doit comprendre uniquement les patients qui quittent le centre de santé avec un traitement conforme à leur syndrome, soit que le traitement ait été donné sur place soit qu'il ait été acquis dans une pharmacie privée sur prescription du centre. Cela implique que le patient auquel on a prescrit le traitement revienne au centre et montre les médicaments achetés au médecin. Dans la négative, ou si le traitement n'est pas complet, le patient ne peut être comptabilisé comme ayant été traité correctement.
 - Le taux de déclaration des cas (indicateur 5 des IST) correspond uniquement à la déclaration des IST sur fiche individuelle, et non pas la déclaration mensuelle des cas.
- **Continuer la collecte des données.** Les équipes ont maintenant un recul de 5 semaines et le risque est d'arrêter de collecter les indicateurs. Or, l'interprétation des diagrammes fréquence-temps requiert une période de collecte bien plus longue, afin de pouvoir confirmer une amélioration de la performance. La CRAQ doit aider les équipes à maintenir le niveau actuel des activités AQ par des visites et réunions régulières.
 - **Vérifier la validité des données.** De part les remarques faites précédemment sur certains indicateurs, il faut que la CRAQ vérifie les données et recalcule les indicateurs.
 - **Impliquer toute l'équipe dans la collecte et l'analyse.** L'indicateur reflète la performance de l'équipe et tous les membres doivent donc s'impliquer dans la collecte et l'analyse. On a eu parfois l'impression que cette tâche avait été dévolue à une seule personne, rarement un médecin.

Le concours qualité

La délégation régionale a lancé un appel d'offres pour des projets d'amélioration de la qualité, par une lettre du coordinateur régional adressée le 21 avril à tous les délégués de SMD.

La lettre et les documents de l'appel d'offre sont en **annexe 10**. Les provinces ont eu besoin d'explications supplémentaires et d'une aide de la CRAQ pour organiser leur réponse à l'appel d'offres. Ainsi, plusieurs réunions ont eu lieu pour aider les équipes à sélectionner 4 thèmes au niveau provincial. Chaque province doit donc effectuer une présélection de 4 projets, qu'elle soumettra ensuite au coordinateur régional. Cette dernière retiendra les 2 meilleurs projets par province, soit un total de 14 projets. La date finale de réception des projets, initialement le 25 mai, a été repoussée au 8 juin.

Nous avons discuté des deux aspects suivants de l'appel d'offres : la procédure de sélection, et l'organisation de l'appui aux projets immédiatement après la sélection.

Pour ce qui concerne la procédure de sélection, il a été décidé que toutes les provinces seraient représentées dans le comité de sélection et qu'une grille de notation des projets serait élaborée selon les 10 critères de l'appel d'offre, pondérés selon leur caractère prioritaire ou non (cela sera laissé à la discrétion du comité). De même, le comité doit décider des normes de procédures : chaque membre note t'il les 14 projets ? Faut-il exclure les représentants de la province pour juger de la qualité des projets présentés par sa propre province ? Faut-il créer des sous comités qui vont chacun noter 3 ou 4 projets ? La recommandation générale est de rendre explicite la procédure, les critères et la grille de notation avant l'ouverture des plis et de s'y tenir par la suite.

Pour ce qui concerne l'appui aux projets retenus, nous avons décidé d'organiser un atelier avec 2 représentants de chaque site sélectionné et une personne ressource provinciale (33 participants au total, non compris les membres de la CRAQ). Durant cet atelier de 3 jours, qui aurait lieu en septembre, les participants seront exposés aux principes et aux méthodes d'amélioration de la qualité, et recevront une aide technique personnalisée. Il s'agira en effet de définir les prochaines étapes pour que les équipes puissent mener à bien leurs projets avec le minimum de dépendance vis à vis de la CRAQ, tel qu'expliqué dans les termes de référence de l'appel d'offres.

Nous avons discuté de la lettre informant les équipes dont les projets n'auront pas été retenus, en insistant sur la nécessité de ne pas les décourager, mais de réitérer la compétition juste qui est à la base de cette initiative, de mentionner les opportunités futures lors de prochains appels d'offres, et de justifier le nombre de 14 projets au total par les capacités d'appui régionales.

Durant cette mission, nous avons pu aller à Ouarzazate animer une session de sensibilisation à l'AQ et d'explications de l'appel d'offres, à laquelle a assisté le délégué provincial de Zagora. Cette session s'est très bien déroulée et a permis de motiver l'équipe de Ouarzazate à répondre à l'appel d'offres. Cette dernière avait déjà réuni les animateurs du SIAAP plusieurs fois sur le sujet, mais n'avait pas réussi à identifier des projets d'amélioration de la qualité.

La session leadership

Une session de conversation dirigée a été facilitée, utilisant la méthode O.R.I.D (Objective, Réflective, Interprétative, Décisionnelle). Cette méthode permet la prise

de décision consensuelle d'un groupe par la progression d'une conversation structurée en 4 phases selon l'acronyme précédent. Elle a été utilisée pour la première fois par un groupe de délégués et médecins-chefs (SIAAP ou hôpital) de SMD, et avait pour thème le leadership. Après avoir évalué individuellement leur propre style de leadership par questionnaire auto-administré, les participants ont lu un document et visionné un film sur le sujet³, puis ont discuté des idées présentées.

Cette session constitue la réponse à une demande des leaders de SMD pour renforcer le fonctionnement en équipe régionale pour la réussite de la décentralisation. Cette activité était mentionnée sous le nom de « journée thématique » dans le précédent rapport de mission et consiste à exploiter un thème en détails afin de traduire par des activités concrètes des principes de fonctionnement efficace en équipe. A noter qu'un bénéfice secondaire de cette session est l'apprentissage d'une méthode nouvelle par les participants et qui apporte une dimension très structurée, inhabituelle aux discussions.

Cette session s'est très bien déroulée et son compte rendu synthétique, ainsi que le guide des questions dirigées est en **annexe 11**. Les participants ont exprimé leur satisfaction quant à cette session et, s'ils souhaitent renouveler l'expérience sur un thème différent, doivent le faire savoir au coordinateur régional ainsi que le thème retenu.

Il sera intéressant de demander aux participants, lors d'une prochaine visite, quel impact cette session a eu sur leur travail et les applications pratiques qui en ont découlées.

Pour l'Objectif 2 : Planifier l'appui aux activités AQ de la région de TT

Nous avons passé en revue, avec la délégation régionale de TT et la délégation provinciale de Tanger, toutes les activités du plan d'action de la région de Tanger-Tétouan⁴. L'approche AQ de TT correspond à l'application de la stratégie nationale définie dans le PNAQ, avec une prédominance sur la mise en place d'équipes de gestion de la qualité (site GiQua) dans chaque établissement de santé. Cependant, le PNAQ est très concentré sur les normes de performance, ce qui ne ressort pas particulièrement dans les activités du plan d'action. Nous avons précisé le lien entre toutes les activités par rapport aux normes de soins (gestion et clinique) afin de renforcer la cohésion de l'approche et ses chances de succès. Le fruit de ces discussions est reflété dans les décisions suivantes :

- **Fonctions Définition de la Qualité et Incitation.** Le séminaire de formation des agents de santé/animateurs en normes et monitoring a été réorienté vers un atelier de consensus/finalisation des normes/critères à utiliser pour l'obtention d'un label qualité par les centres de santé. Cette « mini-accréditation » devrait constituer une motivation, mais il reste à équilibrer les normes/critères (y inclure des mesures de performance clinique), à harmoniser les indicateurs de performance avec ceux mesurés soit par des enquêtes soit par le monitoring des superviseurs (afin qu'il n'y ait pas deux systèmes utilisant des critères différents), et préciser les conséquences d'un score (faible ou satisfaisant). Afin de rendre le système de label plus précis et « juste », il est souhaitable de

³ Continuous Motivation. Right Brain Video. Version française.

⁴ Plan Stratégique de Tanger-Tétouan. Janvier 2001 Décembre 2001.

développer un modèle d'incitation progressive sur une échelle de 1 à 5. Ceci permettra de suivre la progression des centres d'une année sur l'autre plus facilement.

- **Fonction Mesure de la Qualité.** Le système de supervision est une opportunité de mesurer l'adhésion aux normes, de les communiquer (ou de les rappeler), de donner un feedback sur la performance, et de faciliter la recherche de solutions en équipe aux problèmes de performance. Cependant, il semble qu'il y ait des interrogations sur la faisabilité de la supervision et que le système de supervision soit différent selon les provinces. Il a été suggéré que l'équipe régionale organise une réunion sur ce sujet afin d'en débattre au vu des données sur la situation actuelle (visites de supervision effectivement réalisées dans les 12 derniers mois, système de supervision propre à chaque province, coût de la supervision en zone urbaine et rurale, etc.). Pour les provinces où la supervision est faisable (une visite trimestrielle semble un minimum), il importe de développer des listes de contrôle (check list) de mesure de la performance des agents/services pour les priorités de *Program*: IST, santé de l'enfant, planning familial et santé maternelle. Pour ces services, des guides cliniques existent: approche syndromique pour la prise en charge des IST, Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), normes de PF et normes de CPN. Les listes de contrôle doivent être développées ou adaptées selon ces guides afin de correspondre aux normes de prestations des services.
- **Fonctions Documentation et Communication.** La documentation des activités AQ est une urgence. Beaucoup d'information existe, collectée par les équipes des sites GiQua (storybooks) et également à la délégation préfectorale de Tétouan. Cependant, aucune publication n'a été faite pour communiquer ces expériences et les leçons tirées. Il a été décidé de définir un plan de documentation avec les éléments suivants: identifier les publics cibles, les types de documents spécifiques de chaque public, définir un plan détaillé de chaque document, une fréquence de publication, des canaux de communication, des responsables de la rédaction, un système d'archivage, etc. Cette activité nécessitera l'aide d'un consultant. Un consultant a été identifié par la région, dont le profil semble répondre aux besoins du Projet. Sa candidature sera étudiée parmi d'autres.
- **Fonctions Formation et Facilitation.** Il existe un décalage entre la formation de nouveaux animateurs d'équipes GiQua et la formation de facilitateurs. Ainsi, depuis le début de *Program*, environ 80 animateurs ont été formés en résolution de problèmes en équipes, mais la facilitation de ces animateurs n'est pas assurée étant donné le manque de ressources humaines ayant des capacités de facilitateurs. En pratique, les animateurs se réunissent régulièrement à la délégation provinciale pour rendre compte des progrès et recevoir des conseils. Le plan d'action prévoit de former 15 facilitateurs (3 par province) à la fin de la formation des animateurs. Un appui technique a été prévu sous forme d'une mission du Dr Karki. Ce dernier a déjà travaillé sur ce sujet au Maroc, et pourrait venir en septembre en tant que co-formateur des facilitateurs. URC finalisera les termes de référence et confirmera les dates.
- L'évaluation du programme AQ de TT a été reconnue comme une priorité. Afin de mesurer les progrès dans l'institutionnalisation de l'AQ, il est recommandé

d'effectuer une évaluation détaillée de toutes les composantes définies dans le PNAQ. Cette évaluation pourrait avoir lieu durant le dernier trimestre de cette année et un plan d'évaluation sera proposé par URC, en tenant compte des limites budgétaires et logistiques.

- L'indicateur de succès des activités AQ est l'amélioration de la qualité des soins, c-à-d l'augmentation de l'adhésion des agents aux normes de soins cliniques. Cette information n'est actuellement pas disponible et les équipes GiQua ne se concentrent généralement pas sur cet aspect. En fait, les opportunités de mesure de la performance des services sont de 3 ordres : visites de supervision (pour les centres de santé), auto évaluation (dans les hôpitaux après introduction des aides mémoires) et enquêtes annuelles (centres de santé et services hospitaliers). L'harmonisation avec les indicateurs du PES de *Progress* est primordiale, notamment ceux qui mesurent la qualité des soins. Il faut très vite que la région décide de sa stratégie de mesure de la qualité des soins et planifie ces activités.
- La modélisation d'une circonscription sanitaire rurale fait partie des activités mentionnées dans le plan stratégique de TT. Nous avons suggéré l'utilisation d'une méthode dite « Design de la Qualité » pour organiser les services de soins en fonction des normes cliniques et des attentes des patients. La région de TT est très intéressée par l'application de cette méthode dans laquelle URC pourrait fournir un appui technique.
- La délégation de TT a exprimé le besoin d'avoir un outil d'évaluation de la performance des équipes GiQua, utile lors de visites de facilitation pour appuyer et mesurer le progrès des équipes. URC va envoyer prochainement un exemplaire d'un tel outil.

Afin de répondre aux demandes exprimées par la délégation régionale de TT lors de notre dernière mission, nous avons apporté des informations sur les formations en AQ qui peuvent constituer des opportunités de développement de la capacité régionale en ce domaine. A noter que la majorité des opportunités en ce domaine sont en langue anglaise.

Pour l'Objectif 3 : Apporter la contribution de URC aux autres activités de *Progress*

- Nous avons discuté des indicateurs de suivi et évaluation de *Progress* et arrêté les décisions suivantes pour le PES : i) URC finalisera le contenu de l'indicateur 2.2 sur l'adhésion des formations sanitaires aux normes de soins ; ii) La finalisation de l'indicateur 1.2 (capacité accrue des cellules thématiques régionales) nécessitera plus de réflexion et notamment sur les indicateurs de décentralisation des fonctions de gestion des soins de santé de base.
- Nous avons révisé le draft du document « La Qualité en Action⁵ » et constaté que de nombreuses erreurs persistaient, principalement dans le format et l'orthographe. Il a été recommandé qu'il soit donné à un éditeur professionnel privé, afin d'accélérer son impression.

⁵ Ce document, préparé en juillet 2000, relate 6 études de cas sur des améliorations de la qualité selon le modèle GiQua.

- Nous avons eu une réunion sur la Charte Qualité de la DP. Ce travail est en bonne voie, puisque le Dr Rahmani a procédé à des entretiens semi-directifs avec les chefs de division, les chefs de services, et les responsables de programmes sur les problèmes et opportunités d'amélioration concernant la coordination, le système d'information, la performance et les conditions de travail. Il a rédigé un draft de la charte et compte finaliser la charte en juin. Tout le personnel sera invité à signer la charte qui sera ensuite affichée.
- Nous avons finalisé les dates et termes de référence du consultant pour l'atelier national sur le développement des normes de soins et services de santé au Maroc. L'atelier aura lieu les 3 et 4 juillet et le Dr Jean-François Safar a été informé de ces dates. Il reste à confirmer sa disponibilité. Les termes de référence sont en **annexe 12**.
- Nous avons contacté le Dr Agyo, chef de service de la formation de base à la division de la formation du MS, concernant l'intégration d'un module de formation en AQ dans le cursus des étudiants de l'IFCS. Initialement, la division de la formation avait demandé qu'un consultant aide à la finalisation du document de référence pour lequel un feedback était parvenu de divers enseignants et suggérait des modifications. La division de la formation est en train de revoir la nature des modifications à apporter et confirmera, ou n, le besoin d'un appui technique. Si ce dernier est confirmé, le Dr Karki prolongera sa mission en septembre pour finaliser ce document.
- Le document de recherche opérationnelle sur « *l'évaluation de la performance des équipes d'amélioration de la Qualité au Maroc*⁶ » a été finalisé, mais les copies (Anglais et Français) ne sont pas encore parvenues aux intéressés (mission USAID et MS). Le Dr Ali Malki et M. Mustapha Mahoti ont développé une présentation des résultats sur PowerPoint, et ont planifié leur dissémination lors de différents évènements⁷.

5. IDEES DISCUTEES/RECOMMANDATIONS

- L'assurance qualité cherche à institutionnaliser une dynamique de changement/amélioration qui soit interne au fonctionnement des établissements de santé et soutenue par les niveaux de gestion (délégations provinciales et régionale). Il existe actuellement cinq « modèles » innovateurs d'activités AQ soutenues par *Progress* : 1) Le modèle collaboratif d'améliorations rapides de la qualité (Urgences obstétricales et IST dans SMD) ; 2) Une compétition pour la réalisation de projets d'amélioration de la qualité à travers un appel d'offres (concours qualité de SMD); 3) Le maintien de la performance en normes SONU par un paquet d'interventions (aide-mémoire, fiches de soins et auto-évaluation de la performance) ; 4) L'approche fonctionnelle du PNAQ (dans TT) ; 5) Les audits de mortalité néonatale et maternelle, et de « near miss ». Ces modèles se complètent parfaitement et, en fait, contribuent chacun à l'opérationnalisation du PNAQ soit dans son ensemble soit dans une ou plusieurs de ses composantes.
- Les limites de l'approche GiQua dans l'augmentation de la performance clinique

⁶ Cette recherche, financée par QAP, a été réalisée durant le Projet précédent *Progress*.

⁷ Voir rapport de mission à Bethesda du 9 au 18 février 2001.

des agents restent un point de discussion majeur. La réorientation des sujets d'amélioration sur des problèmes de prise en charge cliniques permettrait de compenser le faible intérêt spontanément porté par les personnels à leur propre performance. Cela nécessiterait que les facilitateurs soient plus directifs dans le choix des problèmes, ce qui est parfois perçu comme une « violation » de principes par les formateurs. Par ailleurs, il n'est pas certain que la méthode de résolution de problème en étapes soit appropriée pour augmenter l'adhésion aux normes. L'atteinte de cet objectif relève de solutions déjà connues et ne nécessite pas une recherche systématique de causes systémiques, tel que le préconise la méthode de résolution de problèmes en équipe. En fait, la performance individuelle dépend du niveau de compétence, de la connaissance des normes, et d'outils d'aides à leur application (aides mémoires, cartes de soins).

- L'idée originelle du concours qualité dans SMD a été quelque peu modifiée et il convient d'en être conscient. En effet, l'idée de départ était d'organiser une compétition basée sur la motivation interne des personnels des formations sanitaires et respectant 3 principes : i) chaque établissement de santé de la région reçoit l'information (appel d'offres) ; ii) la région ne fournit pas d'aide spécifique à la conception des projets ; iii) la région sélectionne les 2 meilleurs projets par province. L'appel d'offres actuel comporte des différences : i) il n'est pas parvenu à toutes les formations sanitaires car la transmission par les délégations provinciales a été variable d'une province à l'autre ; ii) la CRAQ a organisé des ateliers d'explication et de définition de projets dans plusieurs provinces (avec l'objectif de couvrir toutes les provinces pour des raisons d'équité) ; iii) la sélection se fera en 2 temps : la province sélectionnera 4 projets, et la région en retiendra 2. Tous ces changements sont probablement justifiés par l'inertie initiale du système de santé, peu habitué à des appels d'offres et ne réagissant pas ou lentement à une telle demande. Il convient d'en tenir compte dans l'interprétation du succès de cette démarche afin de renouveler ou non l'expérience l'année prochaine et d'institutionnaliser un tel mécanisme, avec ou sans changements. Par ailleurs, les termes de référence ont été modifiés par la région. Les termes initiaux ne comportaient pas de référence à un quelconque budget, alors que la version finale demande aux équipes de faire une estimation budgétaire. Il serait contre productif de sélectionner des projets que les équipes ne sont pas à mêmes de mener à bien parce qu'ils requièrent des moyens qu'elles n'ont pas et qui seraient « attendus » du financeur de *Progrès*. Le seul appui de *Progrès* doit rester technique, dans la méthode d'amélioration, afin de ne pas voir disparaître une dynamique d'amélioration qui justifierait alors son inertie par l'attente de « moyens ».
- La dynamique des activités AQ dans SMD nécessite de définir le rôle de la CRAQ, afin que cette dernière soit en mesure d'apporter l'appui nécessaire aux équipes. Ce rôle correspond également à ce qui est attendu de la structure d'appui dans TT. Les rôles et responsabilités de la CRAQ ont été définis ainsi :
 - Facilitation du travail des équipes par un appui technique sur place (impliquant donc des déplacements sur les sites) et à distance (téléphone), ainsi que l'organisation de réunions/ateliers par regroupement de plusieurs équipes au même endroit (ceci est particulièrement important pour les collaboratifs dont les membres doivent rester en contact). La facilitation consiste non seulement dans

l'application d'une méthode, mais également dans la participation à l'identification des changements à tester.

- Validation des données du monitoring. La CRAQ doit vérifier que les indicateurs calculés par les équipes ont été bien compris et sont sans erreur.
- Documentation des activités AQ, par ouverture d'un fichier informatique contenant des données complètes sur la chronologie des activités pour chaque projet d'amélioration: collaboratif UO, collaboratif IST, 14 projets d'amélioration du concours qualité, AQ intégrée aux normes SONU.
- Communication des résultats et identification des meilleurs pratiques de soins et d'organisation des services de santé. Ceci se fera par l'organisation de conférences, qui serviront également à la diffusion des améliorations à tous les sites.
- Echanges d'information entre membres d'un collaboratif. La CRAQ doit pouvoir informer les 4 sites d'un collaboratif des progrès des autres, par l'envoi mensuel des courbes de monitoring à chacun.
- La pérennité des activités AQ nécessite que l'on s'intéresse à leurs coûts. Cet aspect n'a pas encore été abordé dans cette phase de *Progress*, mais devra l'être prochainement, avec l'intention que les budgets de fonctionnement des régions/provinces/programmes absorbent les coûts actuellement pris en charge par le Projet. Ceci n'est pas spécifique des activités AQ.
- Le niveau central a un rôle évident à jouer dans l'appui aux régions et dans le succès de la décentralisation. Pour ce qui concerne les activités AQ, il a été suggéré que la DHSA (en la personne du Dr Malki) puisse aider la région de SMD de manière continue (1 semaine par mois sur place) et la région de TT selon les besoins.
- Les visites d'échanges entre SMD et TT sont importantes pour la « fertilisation croisée » des activités AQ, étant donné que les régions implantent des modèles différents et ont beaucoup à apprendre l'une de l'autre. Jusqu'à présent, la région de TT a toujours été associée aux événements importants des activités AQ de SMD, plusieurs membres accompagnant les missions des consultants. Il convient d'organiser une visite des membres de la CRAQ de SMD dans la région de TT, à un moment opportun et avec des objectifs précis. Il a été suggéré que cette visite soit l'occasion de i) assister à une conférence de communication des résultats dans TT ; ii) visiter des sites qualité selon le modèle GiQua ; iii) tirer les leçons de l'institutionnalisation de l'AQ dans TT pour SMD. Cette visite pourra aider la région de SMD à mieux définir sa vision pour l'intégration des activités AQ, ce qui ne ressort pas actuellement de son plan stratégique et correspond à un besoin ressenti.
- Le modèle collaboratif pour les Urgences Obstétricales vient renforcer un atelier qui a eu lieu récemment sur le travail en équipe entre gynécologues-obstétriciens, pédiatres et réanimateurs de l'hôpital d'Agadir. Cet atelier était centré sur le comportement des prestataires.
- Afin de suivre l'évolution des activités AQ, il a été suggéré d'indiquer sur une carte de la région, les établissements impliqués dans ces activités ainsi que les

capacités en facilitation des provinces.

- Nous avons discuté de la définition d'une approche qualité spécifique des hôpitaux. Il semble que dans les 2 régions, l'approche GiQua utilisée en ambulatoire ne soit pas appropriée dans les hôpitaux et a échoué. En fait, bien que le service de pédiatrie de l'hôpital de Tanger ait réussi à réduire la mortalité néonatale grâce à GiQua, la dynamique d'équipe s'est éteinte. Nous avons fait remarquer que le travail sur les aides-mémoires actuellement en cours, ainsi que sur les mécanismes d'audits représentent 2 manières d'introduire l'AQ dans les hôpitaux. Nous avons suggéré que les membres de la délégation discutent avec le Dr Safar lors de l'atelier national sur les normes.

6. PROCHAINES ETAPES

- L'échéancier des activités est présenté en **annexe 13**. Les informations ont été mises à jour durant cette mission.
- Les activités AQ soutenues par URC sont résumées en **annexe 14**.
- Quatre missions sont planifiées d'ici à fin septembre :
 - Dr Jean Francois Safar viendra en juillet appuyer la tenue du séminaire national sur les normes ;
 - Dr Karki Mahamane viendra en septembre former les facilitateurs de TT ;
 - Dr Wendy Edson viendra évaluer les résultats du test d'efficacité des aides mémoires et continuer la mise en place des activités AQ intégrées à la formation en normes SONU (dates à préciser);
 - Dr Bruno Bouchet viendra en septembre pour un appui technique global aux autres activités AQ décrites dans ce rapport.

ANNEXES

- Annexe 01** : Termes de Référence du Consultant
- Annexe 02** : Programme et participants de la session de sensibilisation à Ouarzazate
- Annexe 03** : Programmes et participants des ateliers sur les collaboratifs
- Annexe 04** : Programme et participants de la session sur le leadership
- Annexe 05** : Documents de référence pour cette mission
- Annexe 06** : Programme détaillé de la mission
- Annexe 07** : Indicateurs de performance pour les collaboratifs
- Annexe 08** : Diagrammes fréquence-temps des collaboratifs
- Annexe 09** : Changements identifiés et planifiés par les équipes
- Annexe 10** : Appel d'offres du concours qualité
- Annexe 11** : Compte rendu de la session sur le leadership
- Annexe 12** : Termes de référence du consultant pour l'atelier sur les normes
- Annexe 13** : Echancier des activités AQ
- Annexe 14** : Résumé des activités AQ soutenues par URC
- Annexe 15** : Modèle collaboratif d'améliorations rapides
- Annexe 16** : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DU CONSULTANT

Nom du consultant :	Bruno Bouchet
Nature de la consultation :	Assistance Technique
Activité du Plan d'Action :	Activités d'Assurance Qualité (I.B.4 & I.C.4)
Dates de consultation :	Du 13 au 31 mai 2001
Responsables de l'Activité:	MS (centre) : Dr Tyane, Dr Jrondi
	MS (régions): Dr Bekkali (TT), Dr Fasla (SMD)
	USAID: Susan Wright, Taoufik Bakkali
	JSI: Volkan Cakir, Boutaina El Omari

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. La qualité des services de santé est une priorité du Ministère de la Santé, exprimée dans le Programme National Assurance Qualité (PNAQ).

A cette fin, de nombreuses activités AQ ont été initiées depuis janvier 2001 : projets collaboratifs d'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et des IST, concours qualité, développements d'intervention pour maintenir la performance des agents après formation SONU, charte qualité de la DP, etc.

Le but de cette mission de consultation est d'appuyer les équipes régionales et centrales dans la mise en oeuvre et le suivi des activités d'amélioration de la qualité.

Objectifs de la consultation :

Le consultant visitera les régions de SMD et TT, et également le niveau central :

Dans la région de SMD, le consultant travaillera avec l'équipe régionale pour :

- Sélectionner les meilleurs projets d'amélioration de la qualité et définir l'appui technique à leur apporter ;
- Renforcer les compétences en leadership des leaders institutionnels ;
- Avancer les collaboratifs sur les urgences obstétricales et les MST.

Dans la région de TT, le consultant travaillera avec l'équipe régionale pour :

- Identifier l'appui technique à apporter aux activités AQ ;
- Discuter de la documentation de l'expérience de Tétouan et la stratégie d'expansion.

Au niveau central, le consultant travaillera avec la DP, la DHSA et la DF pour :

- Planifier le développement d'une charte qualité de la DP ;
- Planifier l'appui à l'atelier national sur les normes de soins (mission du consultant) ;
- Planifier l'appui à la division formation pour l'enseignement de l'AQ dans les IFCS (mission du consultant).

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

- 1) Les progrès réalisés dans toutes les activités d'amélioration de la qualité ;
- 2) Les décisions prises pour assurer la réussite de ces activités ;
- 3) Les activités planifiées dont les régions et équipes locales sont responsables ;
- 4) Les prochaines étapes de l'assistance technique de *Progress* aux activités AQ.

Tâches spécifiques :

Le consultant doit :

1. A Souss-Massa-Drâa :
 - Participer à la réunion du CRC du 17 mai pour la sélection des Projets Qualité ;
 - Faciliter une session de réflexion sur le leadership ;
 - Animer 2 ateliers d'analyse des données et d'identification des changements à tester dans le cadre des Collaboratifs ;
 - Aider la CRAQ à planifier l'ensemble de ses activités d'appui.
2. A Tanger Tétouan :
 - Discuter de la nature des activités AQ pour l'atteinte des objectifs de *Progress* ;
 - Discuter de la stratégie à adopter pour la documentation de l'expérience de Tétouan
 - Planifier, avec l'équipe régionale, l'appui technique aux activités AQ.
3. Au niveau central :
 - Discuter avec l'équipe de la DP du développement de la charte qualité ;
 - Discuter avec la DHSA du programme de l'atelier de développement des normes et rédiger les termes de référence du consultant ;
 - Discuter avec la DF de la finalisation du module de formation pour les IFCS et rédiger les termes de référence du consultant.
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 : JOURNÉE DE SENSIBILISATION À OUARZAZATE

Objectifs :

- Sensibiliser à l'amélioration de la qualité des soins et services
- Informer sur les activités AQ dans SMD
- Identifier et documenter les 4 problèmes de prise en charge clinique à améliorer par la démarche qualité

Programme de la Journée :

- 8 :30 Accueil des participants
- 9 :00 Ouverture de la journée
- 9 :15 Présentation des concepts et principes généraux de l'AQ
- 10 :00 Discussion
- 11 :30 Pause prière et déjeuner
- 15 :00 Termes de référence de l'appel d'offres : présentation et discussion
- 17 :00 Clôture

Information sur l'AQ dans SMD (Ahmed Abassi)

Le Comité Régional d'Assurance Qualité (CRAQ)

Les projets collaboratifs

L'appel d'offres pour des projets qualité

Travail sur les aides mémoires

Sensibilisation (Ibrahim Belattar)

- AQ dans les autres secteurs
- Historique de l'AQ dans le secteur santé au Maroc
- Définition de la qualité
- Principes de la gestion de la qualité
- Dimensions de la qualité
- Exemple d'un cycle de résolution de problème en équipe (gestion de l'insuline au CS de Tamgart)

Questions/Commentaires des participants :

- Quels sont les liens entre la CRAQ et GiQua ?
- Proposition d'établir un Comité Local d'Assurance Qualité (CLAQ)
- La méthode de résolution de problème semble lourde, lente, et donc coûteuse. Comment évaluer le coût ?
- Problème du suivi après amélioration
- Confusion entre projets et méthodes présentées par différents projets (ERL = évaluation rapide locale)
- Difficulté de compréhension de l'appel d'offre
- Difficulté à intégrer les concepts et méthodes et besoins en formation
- Centralisation des activités AQ autour d'Agadir
- La prise en charge des malades devrait être le problème principal
- Ne pas comparer secteur santé avec les autres secteurs

- Il n'y a pas de standards de soins dans les services cliniques. Mais, il y a beaucoup de guides cliniques.
- Insatisfaction des malades non prise en considération, Ouarzazate est très en retard en ce domaine
- Pas de travail d'équipe la plupart du temps
- Difficile à mettre en place : problèmes d'organisation, logistique, etc.
- Documenter et publier les expériences d'amélioration de la qualité
- Avoir plus de temps pour l'appel d'offres
- Ce projet concerne t'il seulement le réseau de soins de santé de base et pas le centre hospitalier?
- Le problème de gestion du médicament est primordial dans Ouarzazate

Réponses aux commentaires des participants et Synthèse :

- Il n'y a pas d'amélioration sans changement (performance)
- Il n'y a pas de changement sans une dynamique et un leadership
- Il n'y a pas de dynamique sans une vision et des méthodes
- Mise en place de mécanismes d'institutionnalisation de l'AQ (culture qualité) dans SMD
- Les médecins sont les plus difficiles à convaincre
- Etre proactif, précédez les projets et profitez des opportunités.

Discussion sur l'appel d'offre :

- Date limite de soumission repoussée au 8 juin
- La province a reçu l'information le 20 avril, pour une date de soumission du 7 mai et a trouvé le délai trop court
- Les SIAAP se sont réunis 2 fois mais n'ont pas réussi à écrire des projets car ils ont eu du mal à comprendre le contenu de l'appel d'offre
- Le directeur de l'hôpital a reçu l'appel d'offre mais ne l'a pas communiqué
- Nécessité d'un système d'information/communication sur les expériences qualité
- Les équipes de terrain doivent sélectionner les problèmes elles-mêmes, pas les SIAAP pour les autres
- Problème de la sélection des projets au niveau provincial : comment impliquer tout le monde et limiter à 4 ?
- Problèmes de communication de l'information au sein de la province
- Quel sera le rôle du SIAAP dans ces projets?

Liste des Participants à l'Atelier de Ouarzazate

Nom & Prénom	Fonction	Provenance
Bassou Hamouri	<i>Animateur</i>	<i>Ouarzazate</i>
Brahim Tama	Animateur	Ouarzazate
Mohamed Ait Elkadi	Animateur	Ouarzazate
Mohamed Ouassaa	Tech. Statistique	Ouarzazate
Mahjouba Daimine	Animateur	Ouarzazate
Mohamed Rida	Animateur	Ouarzazate
Mohamed Aalami	Animateur	Ouarzazate
Ahmed Boussaadani	Animateur	Ouarzazate
Abdellah Bouthakai	Animateur	Ouarzazate
Dr Omar Sebbani	M/C SIAAP	Hôpital Bougafer
Ahmed El Moussaoui	Ad – Econome	Hôpital Sidi hssain
Omar Lachhab	Animateur	Ouarzazate
Mohamed Chkhichakh	Animateur	Ouarzazate
Lahcen Bahmad	Animateur	Ouarzazate
Dr Abdelkacem Ezzahidi	Cellule d'épidémiologie	Ouarzazate
Dr Khalid Salmi	M/C – C/S	Kelaa
Dr M'Hemed Berjaoui	M/C	Hôpital Tinghir
Hammou Amhid	Animateur	Ouarzazate
Omar El Arabi	Animateur	Ouarzazate
Abdelmajid Grdiane	Major Sce Réanimation	Hôpital Sidi hssain
Talouizte Boulala	M/C SIAAP	Ouarzazate
Moussa Boulghrad	Major Sce Des urgences	Hôpital Sidi hssain
Taouil Khammar	Chef S.S.I	Hôpital Sidi hssain
Zoubida Semsah	Major Sce Pédiatrie	Hôpital Sidi hssain
Dr Hamid Kherrati	Médecin Délégué	Zagora
Abbassi Ahmed	C.H.A	Agadir
Bel Attar Brahim	Animateur	Agadir
Dr Malki Ali	Médecin	Rabat
Bruno Bouchet	Consultant	URC

ANNEXE 3 : ATELIERS COLLABORATIFS À SMD

21 mai 2001 : Amélioration rapide de la prise en charge des urgences obstétricales

• Programme

But : Planifier la mise en place des changements pour une amélioration rapide du système de prise en charge des urgences obstétricales

Objectifs :

1. Evaluer la performance des sous systèmes à partir des données du monitoring
2. Identifier les changements à mettre en place et planifier leur mise en place
3. Identifier les besoins en soutien et planifier les activités de soutien

Résultats attendus :

1. Connaissance de la performance actuelle des systèmes de prise en charge des urgences obstétricales;
2. Identification des problèmes avec le système de monitoring et solutions pour y remédier ;
3. Liste des changements à tester dans les différents sous systèmes ;
4. Plan d'introduction des changements par équipe ;
5. Plan des activités de soutien du Comité Régional d'Assurance Qualité.

Agenda :

- | | |
|---------------|---|
| 8:30 - 8:45 | Introduction des participants (<i>Dr Belkadi</i>) |
| 8:45 - 9:00 | But, objectifs et résultats attendus de l'atelier (<i>Dr Belkadi</i>). |
| 9:00 - 9:15 | Rappel de la logique d'améliorations rapides de la qualité (<i>M. Abassi</i>) |
| 9:15 - 9:45 | Présentations sites 1 et 2 (maisons d'accouchement): Présentation du site, présentation des indicateurs de performance collectés par les équipes, analyse de performance des sous systèmes, description du système de monitoring, problèmes rencontrés et solutions envisagées (15 mn par équipe) (<i>Dr Belkadi</i>) |
| 9:45 - 10:15 | Synthèse et propositions d'amélioration du monitoring (séance plénière) (<i>Dr Malki</i>) |
| 10:15 - 10:30 | Pause |
| 10:30 - 11:00 | Présentations sites 3 et 4 (maternités de référence): Présentation du site, présentation des indicateurs de performance collectés par les équipes, analyse de performance des sous systèmes, description du système de monitoring, problèmes rencontrés et solutions envisagées (15 mn par équipe). (<i>Dr Belkadi</i>) |

- 11:00 - 11:30 Synthèse et propositions d'amélioration du monitoring (séance plénière). (*Dr Bouchet*)
- 11:30 - 12:15 Film « Les Paradigmes »
- 12:15 - 13:30 Repas
- 13:30 - 15:30 Identification des changements à mettre en place dans le système de prise en charge des urgences obstétricales. Présentation de la méthode, travaux de groupe et restitution en plénière. (1h30 pour le travail en groupe et 30 mn de discussion en plénière). (*Dr Bouchet*)
- 15:30 - 15:45 Pause
- 15:45 - 16:45 Planification par équipe de la mise en place des changements : présentation de la méthode, travaux de groupe et restitution en plénière (40mn pour le travail en groupe et 20mn de discussion en plénière). (*Dr Belkadi*)
- 16:45 - 17:30 Rôle du CRAQ dans le soutien aux équipes et planification de ses activités de soutien : attentes des équipes, et réponses locales et régionales. (*Dr Belkadi*)
- 17:30 Clôture et réunion des organisateurs

- **Liste des Participants Atelier Urgences Obstétricales**

Nom & Prénom	Fonction	Provenance
Khouyi Maati	Major SIAAP	CAB
Dr Khalid Rekkab	M/C Sidi Bibi	CAB
Dr Chergaoui Souad	Médecin	Anza Agadir
El Mahouti Mustapha	F-Qualité	Tétouan
Omar Asrih	F-Qualité	Tétouan
Dr Malki	Médecin	Rabat
Dr Khalid Rifi	M/Directeur CHI	IAM
Aarab Lahcen	Major SIAAP	IAM
Baadani Fadila	Remplacent Major	IAM
Mohamed Aarab	Major C/S	CAB
Hanafi Abderrahman	IFCS	AIO
Aabassi Ahmed	CHA	AIO
Bel Attar Brahim	SIAAP	AIO
Dr Talbi	Médecin	AIO
Dr Bruno Bouchet	Consultant	URC
Dr Belkadi	Directeur Hôpital	AIO
Guelloul	Major	AIO
Fikria	Major	AIO
Afallas	Statisticien	AIO

22 mai 2001 : Amélioration rapide de la prise en charge des IST

• Programme

But : Planifier la mise en place des changements pour une amélioration rapide du système de prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Objectifs :

1. Evaluer la performance des sous systèmes à partir des données du monitoring
2. Identifier les changements à mettre en place et planifier leur mise en place
3. Identifier les besoins en soutien et planifier les activités de soutien

Résultats attendus :

1. Connaissance de la performance actuelle des systèmes de prise en charge des infections sexuellement transmissibles;
2. Identification des problèmes avec le système de monitoring et solutions pour y remédier ;
3. Liste des changements à tester dans les différents sous systèmes ;
4. Plan d'introduction des changements par équipe ;
5. Plan des activités de soutien du Comité Régional d'Assurance Qualité (CRAQ).

Agenda :

- | | |
|---------------|--|
| 8:30 - 8:45 | Introduction des participants (<i>Dr Belkadi</i>) |
| 8:45 - 9 :00 | But, objectifs et résultats attendus de l'atelier (<i>Dr Belkadi</i>). |
| 9:00 - 9:15 | Rappel de la logique d'améliorations rapides de la qualité (<i>M. Abassi</i>) |
| 9:15 - 9:45 | Présentations sites 1 et 2 : Présentation du site, présentation des indicateurs de performance collectés par les équipes, analyse de performance des sous systèmes, description du système de monitoring, problèmes rencontrés et solutions envisagées (15 mn par équipe) (<i>Dr Belkadi</i>) |
| 9:45 - 10:15 | Synthèse et propositions d'amélioration du monitoring (séance plénière) (<i>Dr Bouchet</i>) |
| 10:15 - 10:30 | Pause |
| 10:30 - 11:00 | Présentations sites 3 et 4 : Présentation du site, présentation des indicateurs de performance collectés par les équipes, analyse de performance des sous systèmes, description du système de monitoring, problèmes rencontrés et solutions envisagées (15 mn par équipe). (<i>Dr Belkadi</i>) |

- 11:00 - 11:30 Synthèse et propositions d'amélioration du monitoring (séance plénière). (Dr Malki)
- 11:30 - 12:15 Film « Les Paradigmes »
- 12:15 - 13:30 Repas
- 13:30 - 15:30 Identification des changements à mettre en place dans le système de prise en charge des IST. Présentation de la méthode, travaux de groupe et restitution en plénière. (1h30 heure pour le travail en groupe et 30 mn de discussion en plénière). (Dr Bouchet)
- 15:30 - 15:45 Pause
- 15:45 - 16:45 Planification par équipe de la mise en place des changements : présentation de la méthode, travaux de groupe et restitution en plénière (40mn pour le travail en groupe et 20 mn de discussion en plénière). (Dr Belkadi)
- 16:45 - 17:30 Rôle du CRAQ dans le soutien aux équipes et planification de ses activités de soutien : attentes des équipes, et réponses locales et régionales. (Dr Belkadi)
- 17:30 Clôture et réunion des organisateurs

• **Liste des Participants Atelier IST**

Nom & Prénom	Fonction	Provenance
Aarab Lahcen	Major SIAAP	IAM
Dr Talbi Mostafa	Médecin	Agadir
Dhem El mustapha	Major C/S	Taraudant
Mouziri Abderrahmane	Major C/S	CAB
Dr Naziha	Médecin	CAB
Khouyi Maati	Major SIAAP	CAB
Berrad Mbark	Major C/S	O.Teima
El Mahofi Mustapha	Resp de l'unité Régionale	Région Tanger-Tétouan
Dr Malki Ali	Médecin	Rabat
Dr Hassimi Lahoussin	Médecin	O.Teima
Dr El Oudali Mbark	Médecin	Taraudant
Asrih Omar	F.A.Q	Tétouan
Brahim Bel Attar	Animateur	Agadir
Ahmed Abbassi	C.H.A	Agadir
El Hanafi	Enseignant	Agadir
Dr Tibary Abdellatif	Médecin	IAM
Hoummad El Kouara	Major	IAM
Afallas Mohamed	Statisticien	Agadir
Dr Belkadi	Directeur Hôpital	Agadir

ANNEXE 4 : SESSION SUR LE LEADERSHIP A TALIOUINE

- **Programme**

8:00 - 8:20	Introduction des participants et vue générale de la session
8:20 - 8:40	Test d'auto-évaluation
8:40 - 9:00	Lecture du document
9:00 - 9:25	Vidéo : La Motivation Continue
9:25 - 10 :00	Questions du stade Objectif de la conversation
10:00 - 10:15	Pause
10:15 - 11:00	Questions du stade Réflexif de la conversation
11:00 - 11:45	Questions du stade Interprétatif de la conversation
11:45 - 1:00	Questions du stade Décisionnel de la conversation
1:00 - 1:15	Evaluation
1:15	Clôture + Repas

- **Liste des Participants Session Leadership**

Nom/Prénom	Fonction	Provenance
Dr Mohamed Farhaoui	M/C SIAAP	AIO
Dr Abyre El Mostafa	M/C SIAAP	CAB
Dr Abdelaziz Wahid	M/C SIAAP	Taraudant
Dr Mustapha Kirami	Délégué PI	IAM
Dr Rachid Mahi	Directeur CHP	Ouarzazate
Dr Brahim Sbayou	Délégué	CAB
Dr Kacimi Mustafa	Délégué	Taraudant
Dr Mustapha Bouaddi	Délégué	Ouarzazate
Dr Lahcen Amal	Délégué	Tiznit
Dr Malki Ali	Coordinateur de AQ	Rabat
Dr Demna Lahoucin	M/C CHP	Tiznit
Dr Abdelaziz Bourjilat	M/C SIAAP	Tiznit
Dr Aafane Ahmed	Directeur CHP	Taraudant
Dr Khalid Rifi	Directeur CHP	IAM

Facilitateur : Bruno Bouchet

Compte Rendu : Ali Malki

ANNEXE 5 : DOCUMENTS DE REFERENCE POUR CETTE MISSION

1. The Art of Focused Conversation. 100 ways to access group wisdom in the workplace. The Canadian Institute of Cultural Affairs. General Editor : R. Brian Stanfield.
2. Continuous Motivation. Right Brain Video.
3. The Business of Paradigm. Joel Barker. Discovering the Future Series. Video.
4. Plan d'Action. 1 janvier au 31 décembre 2001. Version Finale. *Progress.*
5. Plan Stratégique de la Région Souss-Massa-Drâa. 2002-2003. *Progress.*
6. Plan Stratégique de la Région Tanger Tétouan. *Progress.*
7. Continuous self Improvement : Systems Thinking in a Personal Context. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. February 2000. Volume 26, Number 2.
8. The Creativity Tools Memory Jogger. A pocket guide for creative thinking. Goal/QPC.
9. Plan de Suivi et d'Evaluation Version Draft. Mai 2001. *Progress.*

ANNEXE 7 : INDICATEURS DE PERFORMANCE DES COLLABORATIFS

INDICATEURS D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Site	Fréquence & Méthode de Recueil	Effet attendu des améliorations sur l'indicateur
1. Nombre de décès maternels intra-établissement par site	Nombre de décès maternels à l'établissement	Aucun	4 sites	Collecte : Hebdomadaire Analyse : Mensuelle Hôpital : Bureau des statistiques MA ⁸ : Registre obstétrical	Diminution
2. Taux de mortalité maternelle ⁹ intra-établissement par site	Nombre de décès maternels à l'établissement	Nombre de naissances vivantes à l'établissement	4 sites	Collecte : Hebdomadaire Analyse : Annuelle Hôpital : Bureau des statistiques MA : Registre obstétrical	Diminution
3. Distribution des causes des décès maternels intra-établissement	Nombre des décès maternels par cause (toxémie gravidique, hémorragie, etc.) à l'établissement	Nombre de décès maternels à l'établissement	4 sites	Collecte : Hebdomadaire Analyse : Annuelle Hôpital : Bureau des statistiques MA : Registre obstétrical	Diminution de la proportion des décès maternels par complications de la toxémie gravidique
4. Proportion de décès néonataux précoces dus aux urgences obstétricales	Nombre de décès néonataux précoces ¹⁰	Nombre d'urgences obstétricales pour lesquelles l'enfant était vivant à l'arrivée (bruits du cœur fœtaux +)	4 sites	Collecte : Hebdomadaire Analyse : Mensuelle Hôpital : Bureau des statistiques MA : Registre obstétrical, Registre pédiatrique	Diminution

⁸ MA = Maison d'Accouchement

⁹ Mortalité Maternelle = décès survenus entre la 22^{ème} semaine de grossesse et 42 jours après l'accouchement

¹⁰ Mortalité néonatale précoce = décès survenus entre la naissance et le 7^{ème} jour

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Site	Fréquence & Méthode de Recueil	Effet attendu des améliorations sur l'indicateur
5. Délai moyen d'évacuation	Heure de départ de la maison d'accouchement moins heure de décision de transfert. La moyenne arithmétique, par semaine, est calculée et exprimée en minutes.	Aucun	2 maisons d'accouchement	Collecte : Journalière Analyse : Hebdomadaire Hôpital : Dossier accouchement et fiche de référence MA : Dossier accouchement et fiche de référence	Diminution
6. Proportion de fiches de référence correctement remplies	Nombre de femmes référées avec une fiche de référence correctement remplie ¹¹ par le centre qui réfère.	Nombre de femmes référées	2 maisons d'accouchement	Collecte : Journalière Analyse : Hebdomadaire Hôpital : fiche de référence (journalier) MA: fiche de référence (hebdomadaire)	Augmentation
7. Délai moyen entre l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge médicale ¹² selon un protocole de soins standardisé (SONU)	L'heure d'arrivée du médecin spécialiste moins l'heure de l'arrivée de la patiente à l'hôpital de référence. La moyenne arithmétique, par semaine, est calculée et exprimée en minutes.	Aucun	2 maternités de référence	Collecte : Journalière Analyse : Hebdomadaire Dossier accouchement	Diminution
8. Proportion de patientes avec HTA prises en charge selon le protocole de soins pour la toxémie gravidique	Nombre de cas de toxémie gravidique pris en charge selon le protocole de soins ¹³	Nombre de cas de toxémie gravidique arrivant à la maternité de référence	2 maternités de référence	Collecte : Journalière Analyse : Hebdomadaire Dossier accouchement	Augmentation

¹¹ Une fiche est correctement remplie lorsqu'elle contient **toutes** les informations requises par le format standard

¹² On considère que la prise en charge de la patiente commence lorsque le médecin spécialiste (gynécologue-obstétricien) arrive à l'hôpital

¹³ Les critères de prise en charge correcte doivent être définis par la maternité de référence Hassan II

INDICATEURS D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES IST

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Site	Fréquence & Méthode de Recueil	Effet attendu des améliorations sur l'indicateur
1. Indice de qualité de prise en charge des IST	Indicateurs 2 x 3 x 5	Aucun	4 sites	Hebdomadaire Indicateur agrégé par établissement	Augmentation
2. Proportion de dépistage des IST	Nombre de patientes qui ont subi un dépistage IST ¹⁴ durant la CPN	Nombre de patientes vues en CPN	4 sites	Hebdomadaire	Augmentation du taux
3. Proportion de traitements corrects	Nombre de patients avec IST traités selon les normes de l'approche syndromique ¹⁵	Nombre de patients avec IST vus au centre	4 sites	Hebdomadaire	Augmentation
4. Proportion de traitements corrects donnés	Nombre de patients ayant reçu leur traitement sur place ¹⁶	Nombre de patients avec IST vus au centre	4 sites	Hebdomadaire	Augmentation
5. Taux de déclaration des cas	Nombre de cas d'IST déclarés sur fiche individuelle	Nombre de patients avec IST vus au centre	4 sites	Hebdomadaire	Augmentation

¹⁴ Un dépistage IST signifie un toucher vaginal et examen au spéculum

¹⁵ Ceci ne comporte que les patients qui quittent le centre de santé avec les médicaments du traitement syndromique, soit donnés par le centre soit obtenus par le patient auprès de la pharmacie.

¹⁶ Ceci ne concerne que les patients qui quittent le centre avec un traitement correct, complet et donné par le CS

ANNEXE 8 : DIAGRAMMES FREQUENCE-TEMPS DES COLLABORATIFS

Les pages suivantes sont un extrait des diagrammes fréquence-temps (run chart) construits par les équipes pour le monitoring de la performance des systèmes et sous-systèmes de prise en charge des urgences obstétricales et des infections sexuellement transmissibles selon l'approche collaborative d'améliorations rapides de la qualité. Ils ont été sélectionnés pour illustrer des situations différentes, représentatives des variations observées dans le système de santé et de sa dynamique d'amélioration. En l'absence d'un système de validation des données, ces dernières doivent être interprétées avec prudence.

Urgences Obstétricales (1)

Maison d'accouchement de Anza

Les données sur la maison d'accouchement de Anza ont été analysées selon un rythme mensuel. Pour cette raison, nous ne possédons qu'une seule valeur, pour le mois d'avril : sur les 15 urgences obstétricales référées par Anza à la maternité de référence de l'hôpital Hassan II, 13 (87%) avaient une fiche de référence remplie. Ce chiffre doit être interprété avec prudence, car il existe une double condition à remplir : i) la fiche de référence en question est celle développée conjointement par les membres du collaboratif ; ii) la fiche de référence doit être correctement remplie c-à-d complètement et de façon intelligible.

Interprétation :

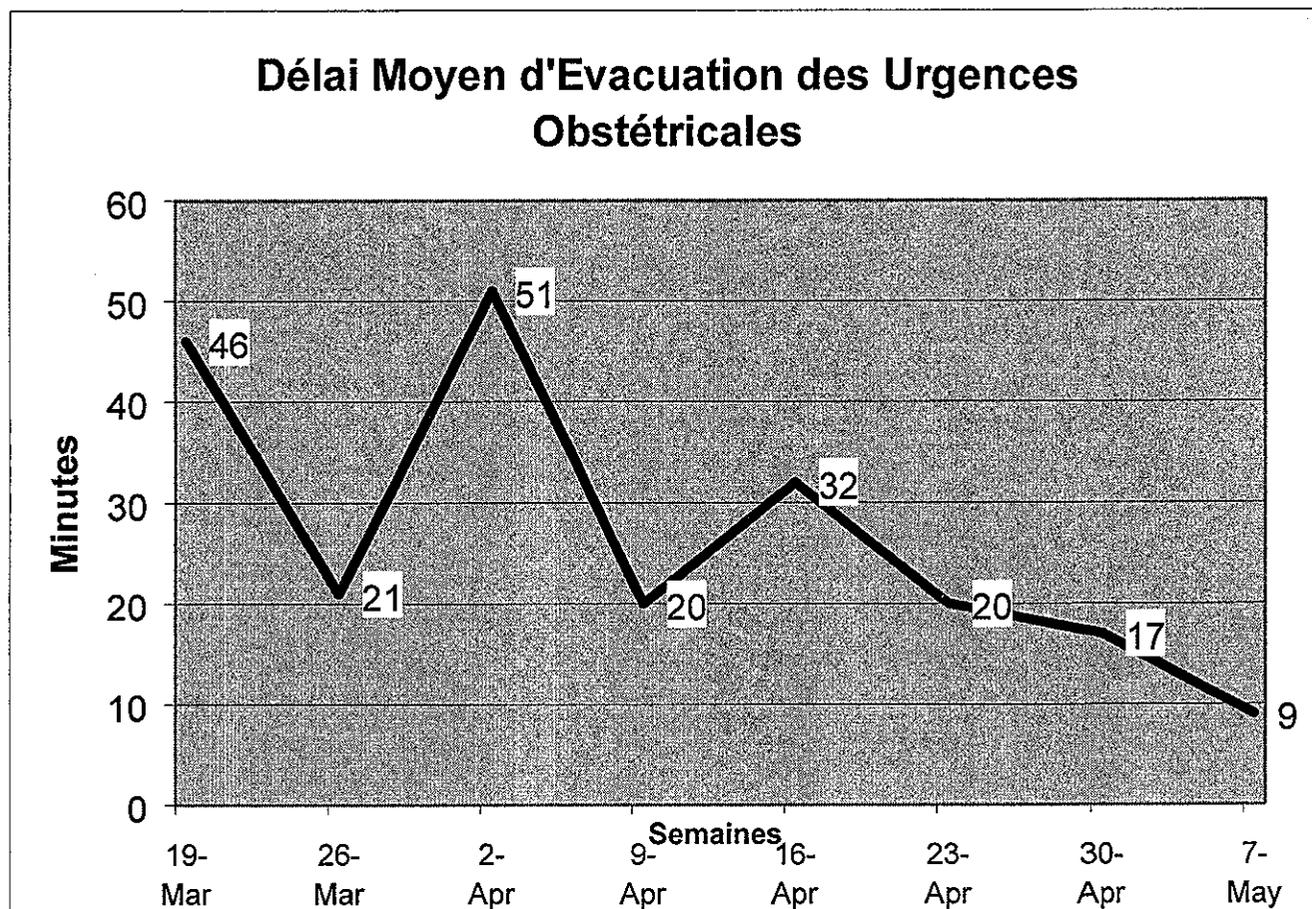
La performance du système de prise en charge correcte des urgences obstétricales au niveau des centres de santé et maisons d'accouchement est mesurée par le remplissage correct d'une fiche de référence qui assure ainsi la continuité des soins. Il est évident que cet indicateur ne suffit pas pour déterminer si une femme a reçu des soins conformément aux normes car ce jugement dépend du détail et de la qualité des informations, néanmoins il constitue un bon proxy en l'absence d'une observation directe difficile à mettre en place.

Changements à tester :

Le principal changement apporté par le collaboratif est le développement d'une fiche de référence/contre-référence standardisée par les membres du collaboratif même, donc les usagers. C'est la première fois que les maisons d'accouchement et maternités de référence travaillent ensemble sur un sujet d'intérêt commun pour les patients et qui se réfère aux normes cliniques de prise en charge. Ce point mérite d'être mieux documenté, afin de savoir exactement comment la fiche a été développée. Par ailleurs, il semble qu'il y ait actuellement 3 fiches de référence en circulation : l'ancienne, la nouvelle, et une récemment envoyée par le niveau central du MS. Il est fortement conseillé à la région de décider, sur des bases valides de normes de prise en charge, quelle est celle qui répond le mieux aux besoins des patients et des prestataires, quitte à adapter celles existantes pour en créer une autre, définitive celle-ci.

Urgences Obstétricales (2)

Maison d'accouchement de Sidi-Bibi



Interprétation :

La performance du système de transfert des urgences obstétricales est mesurée par le délai moyen qui s'écoule entre la prise de décision de transférer la patiente à la maternité de référence et le départ de la maison d'accouchement avec un mode de transport approprié. Cet indicateur montre une réduction significative de ce délai de 46 mn à 9 mn sur une période de 7 semaines. Il illustre la dynamique d'amélioration qui se met en place lorsqu'une équipe mesure sa performance et réagit aux données.

Changements à tester (ou déjà mis en place):

La maison d'accouchement de Sidi-Bibi, au vu de ces données, a réorganisé complètement la gestion de l'ambulance communale. Une sensibilisation des chauffeurs et une clarification des mécanismes de gestion de l'ambulance avec les autorités communales ont permis d'améliorer la disponibilité de l'ambulance. Il reste à mieux documenter les normes de gestion et décrire dans le détail l'intervention qui a permis ces changements.

Urgences Obstétricales (3)

Maternité de référence de l'Hôpital d'Inezgane

Les données sur la maternité de référence de l'hôpital d'Inezgane ont été analysées selon un rythme mensuel. Pour cette raison, nous ne possédons qu'une seule valeur, pour le mois d'avril : sur les 109 urgences obstétricales référées par des CS et maisons d'accouchement, seules 10 ont été considérées comme de véritables urgences par la maternité d'Inezgane. Sur les 10 « vraies » urgences, le délai moyen de prise en charge a été noté pour 9 d'entre elles. Cet indicateur est de 23 mn. Cependant, il n'a pas été calculé exactement selon la définition : au lieu de considérer l'heure d'arrivée du médecin spécialiste, l'équipe a relevé l'heure à laquelle les soins prescrits par le spécialiste ont commencé. En fait, cela est plus difficile à calculer car la définition du début des soins n'est pas claire. Si l'on s'en tient à la définition exacte de l'indicateur, sa valeur réelle est alors de 17 mn.

Interprétation :

La performance du système de prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de référence est mesurée en partie par sa rapidité et donc par le délai moyen qui s'écoule entre l'arrivée de la patiente à l'hôpital et sa prise en charge par un médecin spécialiste. Ce délai dépend du système de garde des médecins et de la rapidité avec laquelle ils peuvent arriver auprès de la patiente. Etant donnée les discussions informelles que nous avons eu avec le personnel des 2 maternités de référence, il semble qu'il y ait beaucoup de possibilités de changements à apporter si l'on veut pouvoir améliorer les délais de prise en charge. Pour cette raison, cet indicateur nécessite d'être validé. En effet, il n'est pas certain que les équipes aient considéré uniquement le médecin spécialiste gynécologue-obstétricien.

Changements à tester (ou déjà mis en place):

L'équipe de la maternité d'Inezgane a identifié les changements suivants qu'elle souhaite tester :

- Planifier les sorties de gynécologues dans les maisons d'accouchement qui réfèrent
- Assurer la disponibilité des médicaments d'urgence de la toxémie

Urgences Obstétricales (4)

Maternité de référence de l'Hôpital Hassan II d'Agadir

La proportion de patientes avec toxémie gravidique prises en charge selon les normes a été calculée selon un rythme mensuel. Pour cette raison, nous avons seulement une valeur, pour le mois d'avril 2001. Cet indicateur a été rapporté à 100% par la maternité d'Agadir.

Interprétation :

La validité de cet indicateur est douteuse et, comme les autres données, nécessite d'être confirmée par une revue des dossiers. Nous avons 2 raisons pour remettre en question cet indicateur : i) il est exceptionnel de trouver un niveau de performance clinique pour la prise en charge d'un problème aussi complexe à 100% ; ii) une discussion avec le statisticien de l'hôpital nous a apporté l'information suivante : les patientes sont considérées correctement prise en charge dès qu'elles ne décèdent pas...Il semble donc que cet indicateur n'ait pas été mesuré correctement, ce qui impliquerait de vérifier l'adhésion aux protocoles de prises en charge selon les normes, dossier par dossier. Il est donc urgent de reprocéder au calcul de cet indicateur, ce qui implique :

- De définir 3 à 5 critères de prise en charge correcte (normes cliniques)
- D'identifier le dossier médical comme la source des données
- De définir une manière de revoir et coder les dossiers des toxémies gravidiques

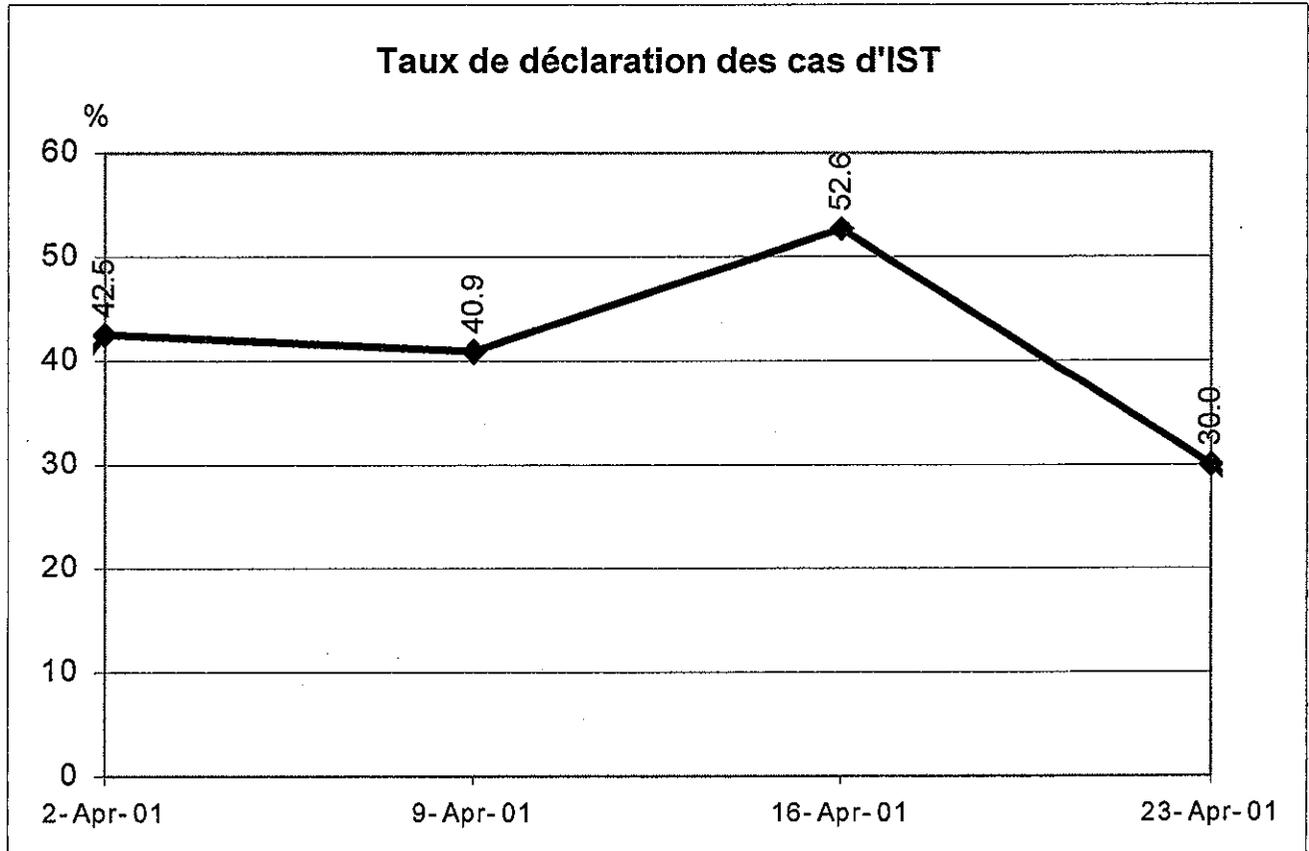
Changements à tester (ou déjà mis en place):

Des aides-mémoires et cartes de soins sont en train d'être développés et introduits (voir rapport de mission de Wendy Edson) dans les maternités de référence où les personnels de santé seront formés dans les normes SONU récemment développées par le MS. Ces interventions sont destinées spécifiquement à augmenter la performance clinique des agents, c-à-d l'adhésion aux normes de soins. Ces interventions devraient donc avoir une influence sur cet indicateur. En dehors de ces interventions, il est possible également que la réorganisation du système de prise en charge globale (accueil, circuit du patient, disponibilité des consommables etc.) ait un impact sur l'adhésion aux normes. Durant l'atelier, l'équipe d'Agadir a suggéré les changements suivants :

- Développer des protocoles pour l'admission, la prise en charge, la réanimation, et le suivi des urgences obstétricales
- Finalisation d'une fiche de référence/contre-référence

Infections Sexuellement Transmissibles (1)

Centre de Santé de Ouled Teima



Interprétation :

La performance du système de déclaration des cas d'IST est mesurée par le taux hebdomadaire de déclaration des IST sur fiche individuelle, qui varie entre 30% et 52%. Les variations observées sur une période de 4 semaines semblent de l'ordre des variations aléatoires normales dans un système sous contrôle et peu performant.

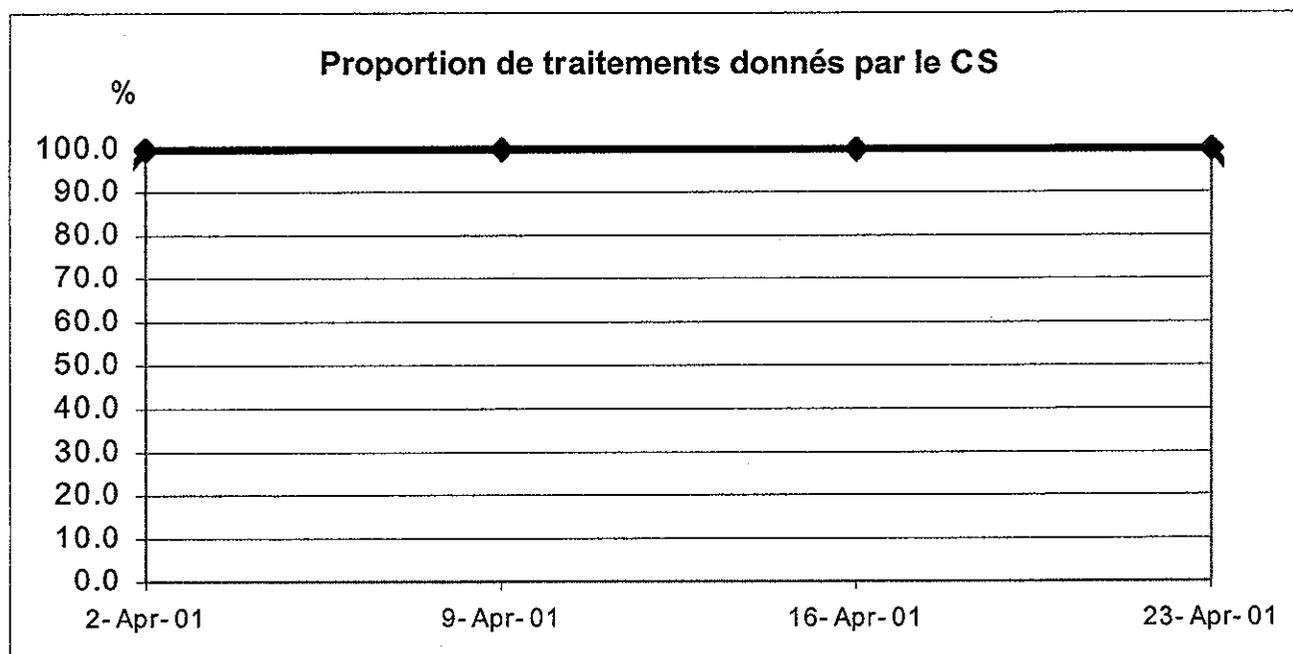
Changements à tester (ou déjà mis en place):

Afin d'améliorer la performance du système de déclaration des cas d'IST, l'équipe d'Ouled Teima a commencé à mettre en place les changements suivants :

- Identification d'un seul médecin par semaine (à tour de rôle) pour s'occuper des cas d'IST (et donc de la déclaration sur 1 seul registre). Auparavant, 5 points de consultation et donc 5 registres étaient utilisés pour enregistrer les cas d'IST.
- Instructions données aux médecins de déclarer quotidiennement, sur fiche individuelle, tous les cas d'IST. Auparavant, le type d'IST à déclarer était interprété différemment par chaque médecin.
- Collecte quotidienne, par une seule personne, des fiches individuelles de déclaration. Auparavant, personne n'était en charge de cela.

Infections Sexuellement Transmissibles (2)

Centre de Santé de Talmaklat



Interprétation :

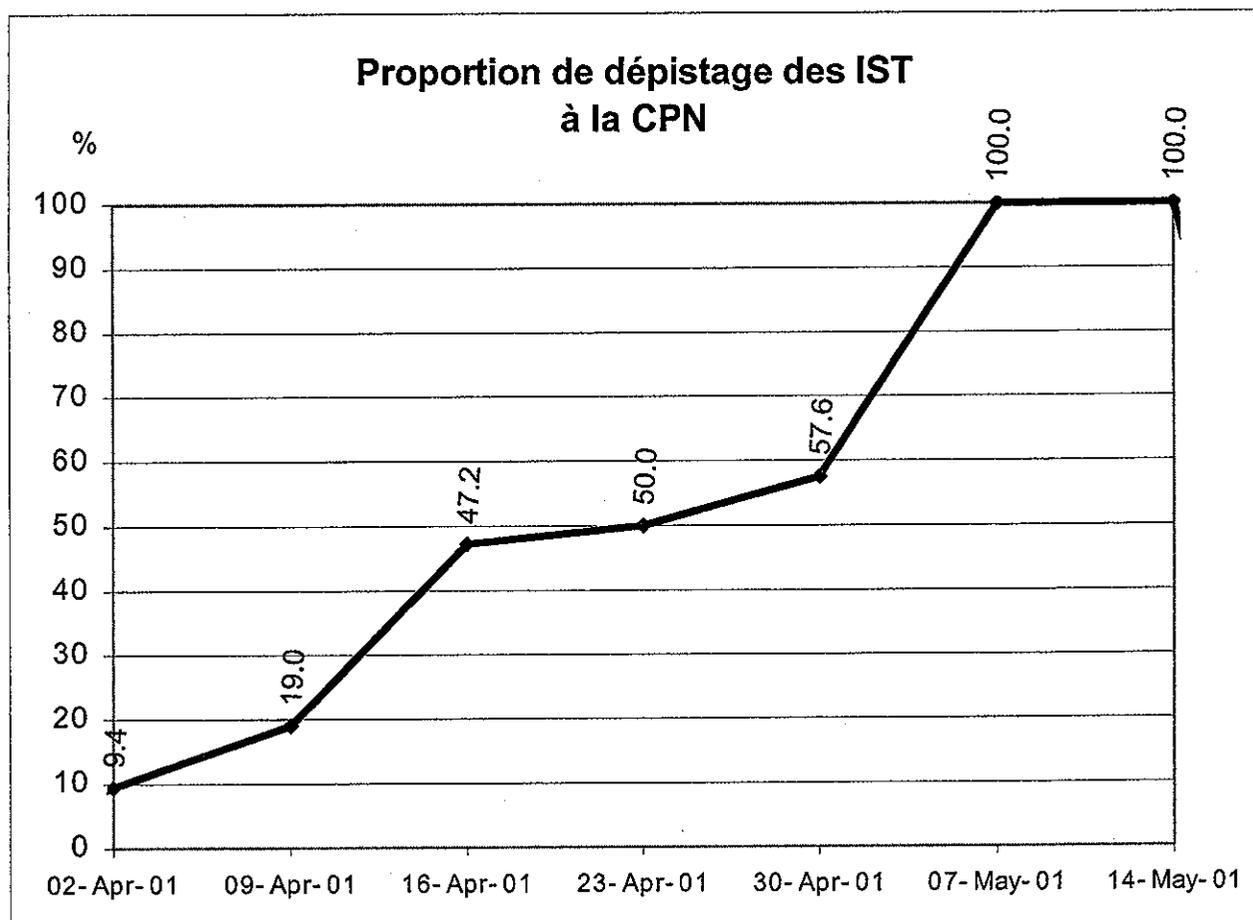
La performance du système de traitement des cas d'IST est mesurée par la proportion de patients qui partent du CS avec un traitement conforme aux normes de l'approche syndromique et donné par le CS. Cet indicateur est à 100% sur les 4 semaines d'observation. Cela signifie que, durant cette période, le CS avait une dotation en médicaments suffisante pour le traitement des IST et n'a pas eu besoin d'envoyer les patients avec une ordonnance vers la pharmacie privée.

Changements à tester (ou déjà mis en place):

Malgré la bonne performance de ce centre (tous les indicateurs sont à 100%, avec néanmoins des réserves sur la validité des données), l'équipe a soulevé le problème de la régularité de la disponibilité en médicaments et veut renforcer le système d'approvisionnement afin d'éviter d'éventuelles ruptures de stocks. En effet, d'une part la durée d'observation de 4 semaines est courte et peut coïncider avec le début d'un cycle d'approvisionnement en médicaments ; d'autre part, l'équipe sait que le système d'approvisionnement reste fragile (performance instable) et peut rapidement se détériorer. L'équipe a décidé, dans un premier temps, de collecter des données historiques sur les ruptures de stocks survenues lors des 12 mois précédents, et de mieux analyser (avec des outils AQ) le système d'approvisionnement et de gestion des médicaments.

Infections Sexuellement Transmissibles (3)

Centre de Santé de Biougra



Interprétation :

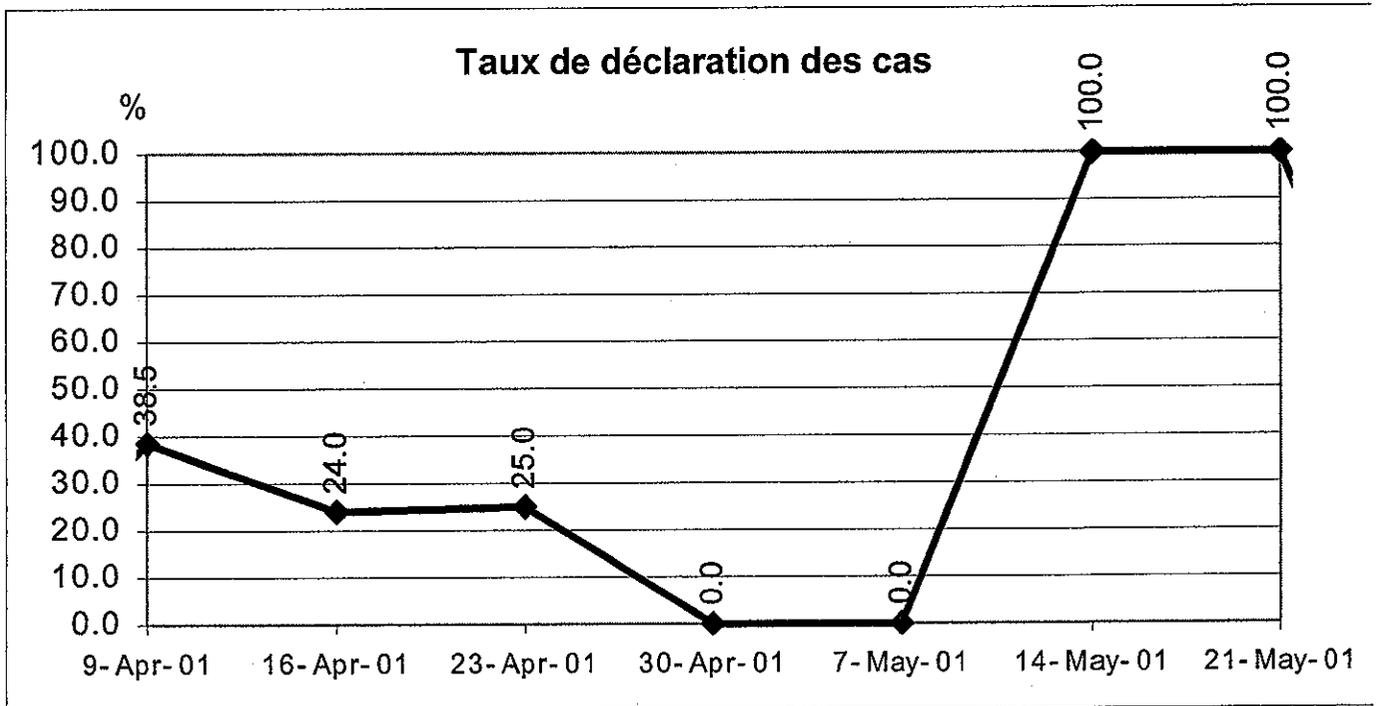
La performance du système de dépistage des cas d'IST est mesurée par la proportion de patientes qui viennent à la consultation prénatale et chez qui le prestataire recherche systématiquement une IST selon les normes (examen gynécologique complet incluant un toucher vaginal et un examen au spéculum). Cet indicateur a évolué de 9,4% à 100% sur une période de 5 semaines, et a été maintenu à 100% depuis lors. Ceci illustre la dynamique de changement initiée par la connaissance de données sur la performance, auxquelles réagissent spontanément les équipes.

Changements à tester (ou déjà mis en place):

L'équipe du CS de Biougra a observé la faible performance dans le dépistage à la CPN et identifié des causes telles que : l'insuffisance de matériel pour examen gynécologique, un local inadapté, et la surcharge de travail par rapport au nombre de personnel. Cependant, nous n'avons pas d'informations permettant de décrire les changements qui ont eu lieu et ont permis d'augmenter le taux de dépistage. S'agit-il d'un simple rappel de cette norme au personnel, ou d'une réorganisation de la CPN ou d'une résolution des causes principales identifiées ? Ce point mérite d'être documenté.

Infections Sexuellement Transmissibles (4)

Centre de Santé de Ait Melloul



Interprétation :

La performance du système de déclaration des cas d'IST est mesurée par le taux hebdomadaire de déclaration des IST sur fiche individuelle, qui varie entre 24% et 100% (les taux de 0% sont considérés comme une interruption dans la collecte des indicateurs de performance). Les variations observées sur une période de 7 semaines semblent de l'ordre des variations aléatoires dans un système hors contrôle, c-à-d qu'étant donnée l'ampleur des variations, il est difficile de prédire quelle sera la performance future.

Changements à tester (ou déjà mis en place) :

L'équipe du CS d'Ait Melloul a observé la faible performance dans la déclaration des cas d'IST et a organisé une réunion de sensibilisation du personnel pour la prise en charge des IST selon l'approche syndromique. Il semble que cette réunion ait eu lieu le 22 mars 2001, soit avant la mise en place du monitoring. Il est difficile d'interpréter l'augmentation de la performance sans une explication des changements mis en place. Ce point mérite d'être documenté

ANNEXE 9 : CHANGEMENTS IDENTIFIES ET PLANIFIES PAR LES EQUIPES

Cette annexe résume les changements identifiés et discutés durant l'atelier. Parmi ceux ci, les équipes sont chargées de finaliser leur décision pour identifier le(s) ou changement(s) prioritaire(s) qu'elles veulent tester. Certains changements ont déjà eu lieu.

Collaboratif Urgences Obstétricales

Maisons d'accouchement de Sidi Bibi et Anza

- Formation continue du personnel sur les critères de décision de transfert des urgences obstétricales
- Etablissement des normes de transfert (préparation de la patiente pour un transfert sûr)
- Mettre en place un système d'évacuation des patients à transférer
- Identifier des alternatives de transport (ambulance, taxi, etc.)
- Finaliser une fiche de référence claire
- Assurer un approvisionnement régulier en fiches de référence
- Sensibiliser les familles sur l'importance des fiches de référence

Maternités de référence de Inezgane et Agadir

- Assurer la disponibilité des médicaments d'urgence pour la prise en charge de la toxémie gravidique
- Instaurer l'audit des incidents critiques dans les maternités
- Visites des maisons d'accouchement par les gynécologues des maternités
- Elaboration de normes de réanimation et de protocoles de prise en charge
- Création d'une cellule de réanimation à la maternité
- Elaboration de normes de surveillance des urgences obstétricales
- Etablir une fiche de référence standardisée et claire

Collaboratif Infections Sexuellement Transmissibles

CS de Biougra, Talmaklat, Ouled Teima et Ait Melloul

- Réorganiser le circuit des patients avec IST au sein de chaque établissement
- Former le personnel en approche syndromique
- Identifier 1 seule personne (changement hebdomadaire) responsable de la prise en charge des IST
- Responsabiliser 1 personne pour collecter les fiches de déclaration individuelle
- Informer le personnel de l'importance de la déclaration individuelle des cas
- Améliorer l'intimité des patientes en CPN
- Réorganisation du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments IST
- Développement d'algorithmes et aides-mémoires pour le dépistage en CPN
- Développer un partenariat avec une ONG pour aménagement et équipement d'un local pour CPN
- Réduire le nombre de registres de notification des IST

**FICHE TECHNIQUE POUR L'IDENTIFICATION DES CHANGEMENTS A TESTER
POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES
DANS LA REGION DE SOUSS MASSA DRAA**

Progrès

21 mai 2001

Durée Totale : 1h45

Méthode :

1. Les participants se divisent en 2 groupes : personnel des maisons d'accouchement d'une part, et maternités de référence d'autre part.
2. Chaque groupe doit **décrire les grandes étapes** de chacun des sous-systèmes dont les indicateurs de monitoring mesurent la performance. Si les sous-systèmes sont différents, chaque établissement de santé doit décrire ses spécificités. La description peut prendre la forme soit d'un graphique (diagramme de processus) soit de descriptions écrites des étapes composant le sous-système. Les sous-systèmes actuellement identifiés sont :

- **Le Sous-Système de référence :** Il comprend l'organisation de l'évacuation vers le centre de référence et le remplissage de la fiche de référence

Début : décision de transférer la patiente

Fin : arrivée de la femme à la maternité de référence

- **Sous-Système de prise en charge au centre de référence :** Il comprend l'organisation de la prise en charge à l'arrivée à la maternité de référence selon les normes

Début : arrivée de la patiente au centre de référence

Fin : prise en charge médicale de l'urgence obstétricale

Durée de cette phase : 20 mn

3. Une fois les sous systèmes représentés, **identifier les problèmes ou les opportunités d'amélioration**, pour chacune des étapes décrites précédemment. Penser aux étapes pour lesquelles il n'existe pas de normes, ou qui ne se déroulent pas selon les normes, ou qui sont cause de retard de prise en charge. Il s'agit ici de lister des problèmes, pas des solutions.

Durée de cette phase : 20 mn

4. Reporter ces problèmes ou opportunités dans le tableau 1 (voir annexe) en première colonne (1 problème ou opportunité par ligne).

Durée de cette phase : 5 mn

5. **Identifier les changements** qui constituent une amélioration du système de prise en charge des urgences obstétricales. Pour ce faire, chaque membre du groupe prend 10 minutes pour écrire, en silence, au moins 3 propositions de changements par rapport à chaque sous système le concernant.

Afin de stimuler la créativité indispensable à la réussite de cette phase, les membres du groupe sont encouragés à :

- Penser, dans un premier temps, à la situation idéale indépendamment des problèmes particuliers listés précédemment, mais en se concentrant sur les changements les plus à mêmes d'influencer positivement les indicateurs de performance du monitoring.
- Réfléchir ensuite aux solutions spécifiques de chaque problème listé.
- Travailler individuellement, sans échanger d'informations avec les autres membres du groupe
- Ne pas se limiter à 3 propositions par participant si les idées sont plus nombreuses.

Durée de cette phase : 10 mn

6. **Finaliser la liste des changements.** Pour ce faire, les participants lisent leurs propositions de changements (1 proposition par personne à tour de rôle) et les inscrivent sur le tableau 1 en première ligne (1 changement par colonne). Les changements identiques ne doivent pas être cités à nouveau. On lit à tour de rôle jusqu'à la fin des propositions de changements. Mettre un chiffre à côté du changement indiquant le nombre de fois que ce changement a été mentionné par les membres du groupe.

Durée de cette phase : 20 mn

7. **Identifier les changements les plus efficaces.** Pour ce faire, le groupe relie les changements avec les problèmes ou opportunités en mettant une croix dans chaque cellule (intersection d'une ligne et d'une colonne) où le changement a un impact sur le problème. Ensuite, le groupe fait le total des croix pour chaque colonne et attribue un numéro (1, 2, 3, etc.) par nombre décroissant de croix, le numéro 1 est attribué au changement ayant le plus de croix (et donc le plus d'impact).

Durée de cette phase : 15 mn

8. **Présenter les résultats** (tableau) à l'ensemble du groupe.

Durée de cette phase : 15 mn (y compris la discussion)

**FICHE TECHNIQUE POUR LA PLANIFICATION DES CHANGEMENTS A
INTRODUIRE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES
OBSTETRIQUES DANS LA REGION DE SOUSS MASSA DRAA**

Progress

21 mai 2001

Durée Totale : 1h.

Méthode :

1. Les participants se divisent en 4 groupes : 1 groupe par site.
Chaque site doit **sélectionner 1 changement prioritaire** qui correspond à sa situation, selon les résultats du travail de groupe précédent.
Durée de cette phase : 5 mn

2. Une fois le changement identifié, le groupe doit **planifier sa mise en place**.
Pour ce faire, le groupe peut utiliser le cadre du tableau 2, afin de lister les activités qui seront menées ainsi que les dates et rôles de chacun. Afin d'aider les membres du groupe, pensez aux activités suivantes :
 - Informer tout le personnel du site sur cet atelier
 - Impliquer tout le personnel dans les changements
 - Améliorer le système de monitoring actuel
 - Continuer à monitorer les indicateurs de performance
 - Monitorer la mise en place des changements
 - Mettre en place les changements
 - Documenter et diffuser/informer le CRAQ*Durée de cette phase : 35 mn*

3. **Présenter les résultats** à l'ensemble du groupe.
Durée de cette phase : 10 mn (y compris la discussion)

**FICHE TECHNIQUE POUR L'IDENTIFICATION DES CHANGEMENTS A TESTER
POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES IST DANS LA REGION DE
SOUSS MASSA DRAA**

Progress

22 mai 2001

Durée Totale : 1h45

Méthode :

1. Les participants se divisent en 2 groupes.

Chaque groupe doit **décrire les étapes** d'un sous-système dont les indicateurs de monitoring mesurent la performance. Un groupe décrit le sous-système de dépistage des IST chez les femmes enceintes, l'autre groupe décrit le sous-système de traitement des patients. Si les sous-systèmes sont différents, chaque établissement de santé doit décrire ses spécificités. La description peut prendre la forme soit d'un graphique (diagramme de processus) soit de descriptions écrites des étapes composant le sous-système.

Durée de cette phase : 20 mn

2. Une fois les sous systèmes représentés, **identifier les problèmes ou les opportunités d'amélioration**, pour chacune des étapes décrites précédemment. Penser aux étapes pour lesquelles il n'existe pas de normes, ou qui ne se déroulent pas selon les normes, ou qui sont cause de variation dans la prise en charge. Il s'agit ici de lister des problèmes et des opportunités, pas des solutions.

Durée de cette phase : 20 mn

3. Reporter ces problèmes ou opportunités dans le tableau 1 (voir annexe) en première colonne (1 problème ou opportunité par ligne).

Durée de cette phase : 5 mn

4. **Identifier les changements** qui constituent une amélioration du système de prise en charge des IST. Pour ce faire, chaque membre du groupe prend 10 minutes pour écrire, en silence et sur papier libre (pas le tableau), au moins 3 propositions de changements par rapport à chaque sous système le concernant.

Afin de stimuler la créativité indispensable à la réussite de cette phase, les membres du groupe sont encouragés à :

- Penser, dans un premier temps, à la situation idéale indépendamment des problèmes particuliers listés précédemment, mais en se concentrant sur les changements les plus à même d'influencer positivement les indicateurs de performance du monitoring.
- Réfléchir ensuite aux solutions spécifiques de chaque problème listé.

- Travailler individuellement, sans échanger d'informations avec les autres membres du groupe
- Ne pas se limiter à 3 propositions par participant si les idées sont plus nombreuses.

Durée de cette phase : 10 mn

5. **Finaliser la liste des changements.** Pour ce faire, les participants lisent leurs propositions de changements (1 proposition par personne à tour de rôle) et les inscrivent sur le tableau 1 en première ligne (1 changement par colonne). Les changements identiques ne doivent pas être écrits à nouveau, mais mettre un chiffre à côté du changement indiquant le nombre de fois que ce changement a été mentionné par les membres du groupe. On lit à tour de rôle jusqu'à la fin des propositions de changements.

Durée de cette phase : 20 mn

6. **Identifier les changements les plus efficaces.** Pour ce faire, le groupe relie les changements avec les problèmes ou opportunités en mettant une croix dans chaque cellule (intersection d'une ligne et d'une colonne) où le changement a un impact sur le problème. Ensuite, le groupe fait le total des croix pour chaque colonne et attribue un numéro (1, 2, 3, etc.) par nombre décroissant de croix, dans la ligne « ordre de priorité ». Le numéro 1 est attribué au changement ayant le plus de croix (et donc le plus d'impact). Lorsqu'il y a une seule croix par colonne, considérer le nombre de citations de ce changement par les membres du groupe.

Durée de cette phase : 15 mn

7. **Présenter les résultats** (tableau) à l'ensemble du groupe.

Durée de cette phase : 15 mn (y compris la discussion)

TABLEAU 1

SOUS SYSTEME :

Problèmes et opportunités d'amélioration	SOLUTIONS/CHANGEMENTS								
Ordre de priorité									

**FICHE TECHNIQUE POUR LA PLANIFICATION DES CHANGEMENTS A
INTRODUIRE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES IST DANS LA
REGION DE SOUSS MASSA DRAA**

Progress

22 mai 2001

Durée Totale : 1h.

Méthode :

1. Les participants se divisent en 4 groupes : 1 groupe par site.

Chaque site doit **sélectionner 1 changement prioritaire** qui correspond à sa situation, selon les résultats du travail de groupe précédent.

Durée de cette phase : 5 mn

2. Une fois le changement identifié, le groupe doit **planifier sa mise en place**. Pour ce faire, le groupe peut utiliser le cadre du tableau 2, afin de lister les activités qui seront menées ainsi que les dates et rôles de chacun. Afin d'aider les membres du groupe, pensez aux activités suivantes :

- Informer tout le personnel du site sur cet atelier
- Impliquer tout le personnel dans les changements
- Améliorer le système de monitoring actuel
- Continuer à monitorer les indicateurs de performance
- Monitorer la mise en place des changements
- Mettre en place les changements
- Documenter et diffuser/informer le CRAQ

Durée de cette phase : 35 mn

3. **Présenter les résultats** à l'ensemble du groupe.

Durée de cette phase : 10 mn (y compris la discussion)

TABLEAU 2

SOUS SYSTEME :

SITE :

CHANGEMENT A METTRE EN PLACE :

MEMBRES DE L'EQUIPE :

Activités (Quoi)	Détails de mise en place (Comment)	Responsables (Qui)	Calendrier (Quand)	Indicateur de Vérification	Commentaires

EXEMPLE

SOUS SYSTEME : Evacuation des Urgences Obstétricales vers la Maternité de Référence

SITE : Centre de Santé X

CHANGEMENT A METTRE EN PLACE : Rendre le téléphone disponible au personnel de garde 24h/24

MEMBRES DE L'EQUIPE : noms, etc.

Activités (Quoi)	Détails de mise en place (Comment)	Responsables (Qui)	Calendrier (Quand)	Indicateur de Vérification	Commentaires
Réunir l'équipe sur le problème du téléphone	Discuter des contraintes et règles d'utilisation	Médecin Chef de la CS	25 mai 2001	Compte rendu de la réunion	Bien préparer la réunion : informer à l'avance, inviter tout le monde, etc.
Rédiger les règles d'utilisation du téléphone	Travail d'équipe, consensus, faire signer et afficher				
Identifier une personne responsable de l'utilisation du téléphone	La personne varie selon les tours de garde				Risque de dérapage et d'utilisation abusive du téléphone.
Ouvrir un registre des appels téléphoniques	Nom de l'appelleur, heure d'appel, raison, numéro, etc.				

ANNEXE 10 : APPEL D'OFFRES DU CONCOURS QUALITE

LE COORDINATEUR REGIONAL

A

MESSIEURS LES DELEGUES
DE LA REGION SOUSS MASSA DRAA

OBJET : Lancement d'appel d'offre relatif aux projets d'amélioration de la qualité des soins de services de santé dans la région de Souss-Massa-Drâa

Chers confrères,

L'amélioration de la qualité des prestations dans la région est parmi les 4 axes stratégiques de *Progress*. Suite aux demandes de la région de démarrer des initiatives innovatrices locales d'assurance qualité, Dr Bruno Bouchet, lors de sa visite de janvier 2001, a recommandé de lancer un concours pour soutenir la réalisation de deux projets d'amélioration de la qualité par province. Cette approche a comme objectif de créer une dynamique au sein des équipes de prestataires et les encourager à participer davantage à mieux répondre aux besoins de la population.

Ci-joint, vous trouverez les termes de l'appel d'offre cités en objet, finalisés par la Commission Régionale de l'Assurance Qualité (CRAQ) sur la base d'une proposition de Dr Bouchet. Le canevas de la proposition, les critères de sélection ainsi que la date de soumission (le 7 mai) y sont précisés. Toutefois, n'hésitez pas à me contacter ou contacter les membres du CRAQ pour toute information supplémentaire.

Ci-après quelques suggestions au sujet du projet d'appel d'offre

- Etudier en équipe les clauses définies dans le cahier de charge ci-joint.
- Envoyer les appels d'offre à toutes les structures sanitaires que vous voulez toucher au niveau de votre province
- Chaque province / préfecture doit sélectionner 4 projets parmi toutes les propositions de sa province, sachant que seulement deux d'entre elles seront sélectionnées à la fin.
- La sélection finale se fera en présence des représentants de chaque province: (M. *Progress* – M. Qualité) et les membres du CRAQ, selon des critères pré-établis. La sélection sera entérinée par le comité régional de coordination (CRC.)
- Les membres du comité régional AQ sont à la disposition des délégations pour tout éclaircissement éventuel.
- Les frais du tirage des documents destinés à l'appel d'offre seront remboursés par JSI contre facture.
- Les quatre projets sélectionnés par les délégations seront transmis au coordinateur régional par E.mail, fax ou par courrier avant le 7 mai 2001 à 18 heures.

Confraternellement

Dr F.FASLA

<p style="text-align: center;">APPEL D'OFFRES POUR DES PROJETS D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE REGION DE SOUSS-MASSA-DRAA</p>
--

La région de Souss-Massa-Drâa (SMD) veut encourager les initiatives d'amélioration de la qualité des soins et services de santé par un appui, à travers le Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*), aux équipes des établissements de santé.

Dans ce cadre, le Comité Régional de Coordination (CRC) sollicite auprès de tous les établissements de santé de la région, des propositions de Projets d'Amélioration de la Qualité (PAQs) des soins et services de santé. Les établissements habilités à concourir sont les établissements publics de la province: hôpital, centre de santé, maison d'accouchement, etc. Dans le cas d'un hôpital il est souhaitable que le PAQ se limite à un ou quelques services seulement afin d'obtenir des résultats rapides.

Parmi les propositions qui seront soumises, deux (2) PAQs seront sélectionnés par province soit un total de quatorze (14) PAQs pour toute la région Souss-Massa-Drâa.

Une pré-sélection de quatre (4) PAQs se fera au niveau de chaque province sur la base de 6 critères prioritaires et 4 critères secondaires listés ci-dessous. La sélection finale des PAQs se fera par l'Unité Régionale de Gestion du Projet (URGP) en coordination avec de la Commission Régionale d'Assurance Qualité et les personnes ressources de chacune des 7 provinces.

La sélection deux projets retenus par province sera entérinée par le CRC lors de sa prochaine réunion.

Critères Prioritaires

1. Les équipes **doivent sélectionner un sujet d'amélioration clinique** parmi les thèmes suivants : planification familiale, santé maternelle, santé infantile, infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA, nutrition.

Exemple de sujet acceptable : améliorer la prise en charge des enfants de moins de 5 ans qui présentent des symptômes d'infection respiratoire aiguë.

Exemples de sujets non acceptables : i) diminuer le temps d'attente des patients ; ii) acheter du matériel médical.

2. Le problème ou l'opportunité d'amélioration **doit être documenté par des données**. La documentation d'un problème de qualité fait partie de la démarche d'amélioration. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir toutes les données disponibles dès le départ, mais d'avoir suffisamment d'information chiffrée pour justifier le choix du sujet.

Exemple de documentation suffisante : la moitié des enfants traités pour pneumonie reviennent au centre de santé non guéris 5 jours après.

Exemple de documentation non suffisante : les patients attendent trop longtemps.

3. Le problème à résoudre ou le processus d'amélioration **doit être sous le contrôle des membres internes de l'équipe** de l'établissement de santé. Beaucoup de processus de soins dépendent d'intervenants qui sont en dehors de l'établissement de santé. Ces problèmes sont plus difficiles et longs à résoudre car ils impliquent la constitution d'une équipe virtuelle et sont généralement du ressort de la province, voire de la région.

Exemple de processus sous contrôle de l'équipe : les enfants atteints de pneumonie seront traités selon un protocole clinique défini, de manière à améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments.

Exemple de processus hors-contrôle de l'équipe : i) la dotation de médicaments n'est pas suffisante ; ii) la faible utilisation des services par la population.

4. L'opportunité d'amélioration sélectionnée est suffisamment **commune à la région** pour que les solutions développées bénéficient aux autres établissements par l'identification de « meilleures pratiques ».

Exemple d'un problème commun : le centre de santé n'a pas de système de suivi/rappel des femmes enceintes qui ne viennent pas régulièrement à leurs visites prénatales.

Exemple d'un problème spécifique d'un établissement : la prise en charge correcte du paludisme (pas répandu dans toute la région).

5. **L'engagement du leader institutionnel.** La plupart des projets d'amélioration réussissent par l'existence d'un leadership engagé dans la mobilisation de son équipe et son attitude exemplaire. A l'inverse, de nombreux projets échouent en l'absence de leadership. Le responsable de l'établissement de santé doit faire partie de l'équipe du PAQ.
6. La **rapidité prévisible** de l'amélioration. Il n'y a pas de « mauvais » sujet d'amélioration, mais l'ampleur des changements est parfois telle que les résultats attendus ne peuvent être mesurés qu'à long terme. Dans le cadre de cette initiative, il est essentiel que des résultats rapides soient réalistes. Les équipes doivent avoir une estimation de la durée nécessaire à l'atteinte de leur objectif d'amélioration. Six mois semble une durée maximale raisonnable pour conserver une dynamique d'équipe efficace

Critères Facultatifs

7. L'équipe a déjà une idée de son **approche globale** pour atteindre son but d'amélioration. Bien que les activités et changements spécifiques seront définis durant la démarche d'amélioration, l'équipe a du déjà réfléchir aux types de changements à apporter pour améliorer la qualité des soins et services de santé sélectionnés.

Exemple d'une approche globale : pour améliorer les conseils aux femmes demandant une méthode contraceptive, l'équipe définira des standards de communication inter-personnelle, mesurera l'adhésion aux standards et développera des supports visuels. Les besoins en formation complémentaire seront évalués.

8. L'approche peut impliquer des **membres de la communauté**. Dans la mesure où la perspective des clients externes au système de soins (patients) apporte des informations sur leurs attentes et leur compréhension, leur implication aide à reconcevoir des services qu'ils seront plus enclins à utiliser.

Exemple d'implication communautaire nécessaire : afin de diminuer les délais d'arrivée au premier niveau de soins des femmes enceintes avec complications, la population sera impliquée dans la conception d'un système d'évacuation rapide.

9. L'approche peut impliquer une **Organisation Non Gouvernementale (ONG)**. La collaboration avec une ONG peut aider l'équipe de l'établissement à atteindre une population dispersée et nombreuse.

Exemple de collaboration bénéfique : l'amélioration de la récupération nutritionnelle des enfants malnutris à domicile peut se faire en collaboration avec une ONG locale.

10. L'approche peut nécessiter le développement d'un **partenariat entre le secteur privé et le secteur public**. Le secteur de soins privé contribue à la continuité dans la prise en charge de patients vus dans le secteur public et à la résolution des problèmes de santé publique prioritaires.

Exemple de partenariat public-privé : la prise en charge correcte des patients atteints d'IST nécessite que les médicaments prescrits selon l'approche syndromique soient disponibles dans les pharmacies, et un dialogue doit s'instituer entre ceux qui prescrivent et ceux qui fournissent les médicaments.

Les PAQs sélectionnés recevront un appui technique de la part de la Région et de *Progress* sous la forme d'une expertise en méthodes d'Assurance de Qualité (AQ). Parmi l'assistance que recevront les PAQs sélectionnés :

- une sensibilisation/formation aux méthodes d'améliorations rapides de la qualité ;
- une assistance technique continue sous forme de contacts réguliers avec des personnes-ressources locales et internationales ;
- une participation à une conférence régionale sur les meilleures pratiques de soins ;
- une reconnaissance des meilleures équipes dont le travail sera publié et diffusé ;
- une récompense à l'équipe la plus performante, sous forme de voyage d'études ou de cérémonie officielle (selon les moyens disponibles).

Cet appui permettra aux équipes de mener leurs projets à terme et de bâtir leur capacité à maintenir des mécanismes continus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé avec une assistance externe limitée, ou mieux encore sans assistance externe. Pour des raisons de pérennité, les mécanismes de soutien financier de *Progress* sont limités et les coûts récurrents d'une dynamique d'amélioration interne au système de santé doivent être assurés par les budgets de fonctionnement des établissements, des provinces et de la région. Les équipes doivent tenir compte de leurs ressources disponibles afin de faire des propositions réalistes qui ne dépendent pas d'une source de financement externe non garantie.

La Région tirera les leçons de cette initiative qui pourra, selon les cas, être répétée voire institutionnalisée comme mécanisme d'amélioration continue de la qualité des services et des soins et servir de modèle pour les autres régions.

Soumission des dossiers

- Chaque établissement est invité à déposer une proposition de Projet d'Amélioration de la Qualité, mais une seule proposition est recevable par établissement.
- La proposition doit suivre le canevas présenté en annexe, et comporter un maximum de 1.000 mots sur 2 pages format A4 (500 mots par page).
- La proposition doit être signée par tous les membres de l'équipe qui s'engagent ainsi à la mettre en œuvre si elle est retenue.
- La proposition doit être adressée au plus tard le 04 mai 2001 à votre province.
- Les propositions retenues par la province doivent être transmises à la cellule régionale d'assurance qualité à travers Monsieur le Coordinateur Régional du Ministère de la Santé, Région de Souss-Massa-Drâa au plus tard le 7 mai 2001 à 18:00.

**CANEVAS POUR LA PROPOSITION D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET
SERVICES DE SANTE**

DE LA REGION DE SOUSS-MASSA-DRAA

N.B : Avant de remplir ce formulaire, veuillez SVP vous référer aux clauses de l'appel d'offre.

Etablissement :

Province :

Equipe du Projet :

1. **Nom, Prénom, Fonction :**
2. :
3. etc.

Titre du Projet :

But/Objectifs :

Information/Données sur l'ampleur du problème ou l'opportunité d'amélioration :

Comment pensez-vous résoudre votre problème ?

Durée estimée pour l'atteinte des objectifs : (maximum 6 mois)

Estimation budgétaire pour la réalisation de votre projet :

Les membres de la communauté seront-ils impliqués ? Si oui, décrivez brièvement comment ?

Une association/ONG sera t'elle impliquée ? Si oui, décrivez brièvement son rôle :

Un partenariat avec le secteur privé sera t'il établi. Si oui, décrivez brièvement les rôles et responsabilités de chacun

Signature de tous les membres de l'équipe du Projet * :

(*) : Equipe du projet veut dire personnel de la structure sanitaire soumissionnaire

Calendrier du Concours Qualité

Activité	Intervenant	Date
-Lancement des appels d'offre par la CRAQ	CRC	12-04-01
-Lancement des appels d'offre au niveau des provinces et préfectures.	URGP	Du 13-4 au 4-5-01
-Réception des soumissions : 4 par délégation	CRAQ	7-5-01 à 18 h 30
-Sélection des projets : 2 par délégation	Les personnes ressources	Du 7- 5 au 16-5-01
-Préparation d'implantation des projets retenus.	Expert national ou international	Fin mai
-Démarrage des projets	Acteurs de terrain	1-6-01
-Suivi et accompagnement		Du 1-6 au 30-11-01
-Evaluation		Décembre 2001
-Cérémonie des remises des prix		Décembre 2001

ANNEXE 11 : COMPTE RENDU DE LA SESSION SUR LE LEADERSHIP

Ce compte-rendu est une synthèse des idées exprimées par les participants en réaction aux documents présentés et en réponse aux questions qui ont guidé la conversation dirigée (annexe 4). La nature interactive de cette session ne peut être entièrement reflétée dans ce compte-rendu, dont la compréhension sera forcément limitée pour ceux qui n'ont pas assisté à la session.

NIVEAU OBJECTIF

Questions	Notes pour le Facilitateur
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles scènes du film vous reviennent en mémoire en priorité? 2. Quels mots ou phrases du film vous ont marqué ? 3. Quelles sont les idées principales qui émergent des documents présentés (film et article) ? 	<ul style="list-style-type: none"> • A ce niveau, les participants doivent mentionner/décrire/relater des faits sans exprimer d'opinions particulières sur ces faits. • Ce niveau se concentre sur les données directement observables. • Ce niveau assure que les participants vont parler de la même chose en établissant les limites du sujet. • S'assurer que tout le monde suit/comprend ce que chacun dit. • Ne pas raconter des exemples trop longs.

NIVEAU REFLECTIF

Questions	Notes pour le Facilitateur
<ol style="list-style-type: none"> 4. Quelles idées vous ont surpris ou enthousiasmé ? 5. Quelles idées vous ont choqué ? 6. Quelles idées avez vous envie d'essayer de mettre en pratique ? 7. Quelles idées ont été difficiles à comprendre? 8. Pouvez vous décrire une expérience personnelle positive (leadership efficace) qui illustre une ou plusieurs des idées exprimées ? Par exemple, dans quelle situation avez vous été un leader efficace qui a guidé/motivé vos collègues dans l'accomplissement d'un projet/objectif/tâche ? Ou dans quelle situation avez vous été aidé par un leadership efficace ? 	<ul style="list-style-type: none"> • A ce niveau, les participants doivent exprimer leurs réactions/sentiments par rapport aux faits et idées présentés. • Essayer de motiver l'expression de sentiments/réactions variés, pas seulement aime/aime pas. • Insister sur la « première » réaction instinctive, immédiate à la situation décrite.

NIVEAU INTERPRETATIF

Questions	Notes pour le Facilitateur
9. Qu'est ce qui fait la différence entre un leader efficace et un leader inefficace ?	<ul style="list-style-type: none">• A ce niveau, les participants doivent analyser les faits et leurs réactions à ces faits et en tirer des conclusions sur l'importance du sujet pour leur travail.• Aider les participants à être précis dans leurs réponses, éviter les vagues commentaires intellectuels.• Eviter les jugements de valeur sur les réponses des participants, pas de classification bon/mauvais.
10. Quel est l'importance d'un leadership efficace dans le succès de l'équipe régionale ?	
11. Quelles valeurs acceptables pour vous sont reflétées dans les concepts d'un leadership efficace ?	
12. Quelles valeurs sont difficiles à accepter pour vous ?	
13. Que voudriez vous qu'un leader fasse dans la région ?	
14. Quels changements sont nécessaires à votre niveau pour renforcer votre leadership ?	

NIVEAU DECISIONNEL

Questions	Notes pour le Facilitateur
15. Quelles sont les décisions que votre équipe va prendre pour renforcer son leadership ?	<ul style="list-style-type: none">• A ce niveau, les participants doivent exprimer les décisions qu'ils vont prendre sur un plan individuel et en équipe (consensus)• Eviter de forcer le groupe à prendre des décisions s'il n'est pas prêt, mais identifier les prochaines étapes pour le faire.• Une option est de demander à chaque individu d'écrire ses idées et de les partager ensuite en groupe.
16. Quels sont les changements que vous allez mettre en place au niveau de votre équipe pour appliquer ces décisions ?	
17. Quelles sont les prochaines étapes pour renforcer le leadership de votre équipe ?	
18. Quels sont les décisions et changements que vous allez mettre en œuvre au niveau individuel pour être un leader plus efficace ?	
19. Qu'allez vous faire pour vous soutenir les uns les autres dans vos efforts pour un leadership efficace ?	
20. Quels canaux de communication pouvez vous utiliser pour fournir ce soutien ?	

1- LES SCENES QUI ONT ATTIRE L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

- La scène finale où le leader et ses employés sont heureux et détendus
- La scène où le manager cherche les sources de motivation
- Le virage et le changement du comportement du responsable
- La scène de valorisation des efforts des membres de l'équipe
- La scène où les membres étaient mécontents
- La scène de discussion de la motivation continue
- La scène d'adhésion aux changements
- La scène où le patron exige l'élaboration du catalogue

2- LES MOTS QUI ONT ATTIRE L'ATTENTION DES PARTICIPANTS

- Chiffon, torchon
- Un enfant peut faire mieux
- Ce n'est plus la peine d'essayer
- Ce n'est plus mon travail
- Les mots de compliments
- Les mots de reconnaissance
- Des personnes différentes sont motivées par des choses différentes
- L'équipe
- Poste névralgique
- Vous êtes payés pour travailler
- Avoir beaucoup de points positifs
- Avoir le meilleur catalogue
- La réaction au mot Névralgique

3- LES IDEES PRINCIPALES

- Un leader doit avoir une vision
- Résultats accomplis par un personnel motivé
- La place de la bonne communication
- La gestion d'une équipe doit être dynamique
- La délégation est un facteur de motivation
- La planification des tâches et son importance
- Le comportement du leader dépend de la tâche, de la personne et de son ancienneté
- L'environnement externe influe sur le style de gestion du leader
- L'écoute active
- Mener une tâche ne signifie pas donner des instructions
- Le leader doit connaître les employés et leur motivation
- Le leader est plus créatif et prend des risques
- Les qualités du leader: Humaine, respect, confiance en soi, expertise, accepte le feedback et les idées nouvelles.

4- IDEES QUI ONT ENTHOUSIASME LES PARTICIPANTS

- Des personnes différentes sont motivées par des choses différentes.
- La facilité avec laquelle le changement est survenu.
- Existe-il une manipulation derrière tout acte ?
- La rapidité du changement.
- Les compliments du directeur.
- Avec le peu de moyens on est arrivé à motiver les employés
- Le désir d'appartenir à l'équipe
- L'idée d'esprit de l'équipe et la réussite
- Centrage sur l'objectif
- Le leader doit être précis et compétent
- Le constat et la franchise

5- LES IDEES QUI ONT CHOQUE LES PARTICIPANTS

- Le climat que le leader crée dans son entreprise
- Le style autoritaire du responsable
- La rapidité du changement par la motivation pourrait créer le réflexe de « Pavlov »

6- LES SITUATIONS VECUES

- Le comportement de deux gouverneurs différents dans leur style de gestion et son retentissement sur les responsables des autres secteurs

- Le style de certains ministres de la santé parmi les cinq derniers, et la marge de manœuvre laissée aux responsables locaux des services de santé
- La situation de demande de mutation et l'intervention du responsable
- La situation devant une campagne de lutte contre la cataracte et le rôle du leader de mener l'équipe dans l'accomplissement de sa tâche

7- LES TRAITS DU LEADER EFFICACE

- Soutient les employés pour la réalisation des objectifs
- Mène à bien les tâches
- Gagne la confiance des employés
- Vigilant et attentif
- Maîtrise les processus
- Mobilise l'ensemble de l'équipe
- Partage l'information
- Utilise l'information pour la prise de décision
- Encourage la créativité
- Dynamique et maintient l'équilibre dans l'entreprise (vision ++, connaissance du système)
- Maintient un seuil de stress positif
- Anticipe et prévient les événements
- Prend des décisions dans les situations complexes
- S'adapte aux changements

8- LES VALEURS ACCEPTABLES

- L'intérêt de l'organisation: la population
- Le respect de la loi
- Le gradient de connaissance et l'expertise
- La spécificité fonctionnelle
- La neutralité affective
- La légitimité
- Connaissance + Hiérarchisation
- Personnalité
- Communication
- Partage de l'information
- Donne l'exemple
- L'écoute active

ANNEXE 12 : TERMES DE REFERENCE DU CONSULTANT POUR L'ATELIER NORMES

Nom du consultant :	Jean François Safar
Nature de consultation :	Assistance Technique
Activité du Plan d'Action :	Activités d'Assurance Qualité (I.A.4.2)
Dates de consultation :	Du 20 au 29 juin 2001
Responsables de l'Activité :	MS (centre) : Dr Tyane, Dr Jrondi MS (régions): Dr Bekkali (TT), Dr Fasla (SMD) USAID: Susan Wright, Taoufik Bakkali JSI: Volkan Cakir, Boutaina El Omari

Introduction:

Depuis plusieurs années, le MS a élaboré un ensemble de normes et de procédures. La communication de ces normes a été faite sous forme de sessions de formation et d'information. Ces efforts ne se sont pas toujours traduits par une amélioration de la performance des services de santé, en partie parce qu'il n'existe pas de mécanisme pour le développement coordonné de normes qui répondent aux besoins des personnels et du système de santé dans son ensemble.

Le Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ) identifie la standardisation des procédures de soins comme une fonction technique prioritaire. Un « Guide méthodologique d'élaboration, d'adaptation et de suivi des références de soins » a été développé avec le soutien financier de l'USAID en 1999-2000. Il reste à rendre opérationnelle son application en fonction des besoins du Maroc. Afin de déclencher ce processus, il paraît nécessaire d'organiser un atelier national de 2 jours où les acteurs des différents niveaux et des différentes structures seront représentés.

Cet atelier bénéficiera directement aux activités d'amélioration de la qualité dans les régions de SMD et TT, pour lesquelles l'absence de normes voire leur méconnaissance par le personnel limite la performance des services. L'atelier permettra de préciser le rôle des régions dans ce domaine.

Objectifs de la consultation :

Les objectifs de cette consultation sont :

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

Taches spécifiques :

Le consultant apportera un appui technique à la préparation et au déroulement d'un atelier de 2 jours sur la normalisation des soins au Maroc. Il aidera également à la synthèse des axes stratégiques identifiés durant l'atelier et à leur traduction en un plan opérationnel. Les taches spécifiques sont :

1. Présenter aux participants une typologie de normes dont a besoin un système de santé, les méthodes pour les développer et les objectifs de la standardisation des soins et services de santé (y compris l'accréditation) ;
2. Faciliter les discussions techniques sur le développement des normes de soins au Maroc, et l'identification des besoins prioritaires et axes stratégiques d'intervention ;
3. Aider au développement d'un plan opérationnel pour l'élaboration ou l'harmonisation des normes de soins prioritaires, qui décrive le rôle des différents niveaux et en particulier des régions ;
4. Décrire l'expertise nécessaire au développement de normes et les étapes de son acquisition au sein du Ministère ;
5. Préparer et présenter un rapport préliminaire de consultation dans une réunion avec les représentants du Ministère de la Santé et de l'USAID;
6. Finaliser et soumettre le rapport au plus tard deux semaines après la fin de la mission (document édité sur papier avec une copie sur disque)

ANNEXE 13 : ECHEANCIER DES ACTIVITES AQ SOUTENUES PAR URC POUR LA PREMIERE ANNEE DE
Progrès

Echéancier Activités Assurance Qualité Jan.2001 – Dec.2001														
Activités	1 ^{er} Trimestre 2001			2 ^{ème} Trimestre 2001			3 ^{ème} Trimestre 2001			4 ^{ème} Trimestre 2001			Indicateurs d'Achèvement	Commentaires/Etat de Réalisation
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Planifier les activités AQ de <i>Progrès</i> et le rôle de URC														
Planifier les Activités AQ de <i>Progrès</i>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Echéancier d'activités à jour dans les rapports de mission.	Réalisé initialement en novembre 2000. 6 missions annuelles attendues, 3 réalisées jusqu'à présent selon le calendrier.
Rédiger les fiches techniques des consultations	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Termes de référence pour chaque mission.	Activité continue selon les besoins.
Résultat I : Rôles, Responsabilités et Capacités Identifiés Définis et Développés aux Différents Niveaux du Ministère de la Santé														
Niveau Central : Activités I.A.4														
I.A.4.1 : Restitution des rapports sur les expériences AQ réalisées au Maroc	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de mission ▪ Fichier de présentation des résultats de la recherche ▪ Stratégie de restitution ▪ Restitution effective de 3 documents : recherche, études de cas, & PNAQ 	2 cadres du MS, Dr. Ali Malki et Mr. Mustapha El Mahoti ont effectué une mission à Bethesda, finalisé la présentation de l'étude et développé une stratégie de communication des résultats. PNAQ et études de cas non finalisés et/ou diffusés.
I.A.4.2 : Journée de réflexion sur le système de normalisation au niveau du MS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Journée réalisée ▪ Besoins en normes identifiés 	Planifiée les 3 et 4 juillet, avec appui d'un expert en normes (Dr. Safar)
Autre activité : Amélioration de la production de documents à la division IEC	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités AQ réalisées ▪ Améliorations mesurées ▪ Délais de production réduits ▪ Qualité des documents améliorée 	Conseils donnés pour commencer le travail. Suivi lors des missions de URC. Modèle de finalisation d'un document fourni.
Autre activité : Développement d'une charte Qualité à la DP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charte de qualité disponible 	Conseils donnés pour commencer le travail. Feedback fourni sur les questionnaires semi-directifs du staff. Suivi lors des missions de URC.

Echéancier Activités Assurance Qualité Jan.2001 – Dec.2001

Activités	1 ^{er} Trimestre 2001			2 ^{ème} Trimestre 2001			3 ^{ème} Trimestre 2001			4 ^{ème} Trimestre 2001			Indicateurs d'Achèvement	Commentaires/Etat de Réalisation	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Souss-Massa-Drâa : Activités I.B.4															
I.B.4.1 : Mise en place du modèle collaboratif														<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'améliorations selon le modèle collaboratif 	2 collaboratifs: urgences obstétricales et IST. Monitoring de la performance, et identification des changements.
I.B.4.2 : Incitation aux Projets d'Amélioration de la Qualité														<ul style="list-style-type: none"> 14 projets d'amélioration de la qualité sélectionnés 	Appel d'offres lancé. Date limite 8 juin. Sélection finale en juin/juillet.
I.B.4.3 : Formation continue de l'équipe régionale en gestion de la qualité														<ul style="list-style-type: none"> 3 journées thématiques réalisées en 2001 	Une session de conversation dirigée réalisée sur le leadership.
Tanger-Tétouan : Activités I.C.4															
I.C.4.1 : Finalisation de normes pour le label qualité														<ul style="list-style-type: none"> Référentiel de normes 	Atelier de consensus sur les critères d'octroi du label.
I.C.4.3 : Formation de 16 facilitateurs supplémentaires														<ul style="list-style-type: none"> 16 nouveaux facilitateurs formés 	Formation des facilitateurs planifiée en septembre, avec appui technique d'un expert (Dr. Karki)
I.C.4.4 : Développement de listes de contrôle pour la supervision														<ul style="list-style-type: none"> Listes de contrôle (checklist) pour IST, CPN, PF, et PCIME 	Viabilité du système de supervision à évaluer au préalable.
I.C.4.6 : Mise en place d'une unité d'archivage et de documentation														<ul style="list-style-type: none"> Supports de documentation développés et testés Activités qualité publiées et présentées lors de conférences internationales 	Plan de documentation en cours de développement. Appui d'un consultant externe sollicité
I.C.4.7 : Modélisation d'une circonscription sanitaire rurale														<ul style="list-style-type: none"> Normes d'organisation et de fonctionnement des services identifiées 	Utilisation d'une méthode de design de la qualité
Autre activité : Formation de personnes-ressources en AQ														<ul style="list-style-type: none"> Dépend des besoins qui seront identifiés 	Informations sur des informations fournies par URC
Autre Activité : Evaluation du PAQ dans TT														<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation 	Faisabilité économique à discuter. Evaluation de l'institutionnalisation de

Echéancier Activités Assurance Qualité Jan.2001 – Dec.2001

Activités	1 ^{er} Trimestre 2001			2 ^{ème} Trimestre 2001			3 ^{ème} Trimestre 2001			4 ^{ème} Trimestre 2001			Indicateurs d'Achèvement	Commentaires/Etat de Réalisation	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
															I'AQ dans TT.

Résultat II: Modèles Innovateurs pour Améliorer l'Accessibilité, l'Utilisation, la Qualité et l'Efficacité des Services Développés et Testés par les Equipes Régionales et Locales

Souss-Massa-Drâa : Activités II.B

II.B.1: Santé de la mère													▪ Indicateurs d'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales (voir chartes des projets d'amélioration)	A travers le modèle collaboratif, 4 établissements de soins améliorent la prise en charge des urgences obstétricales.
II.B.4 : IST/SIDA													▪ Indicateurs d'amélioration de la prise en charge des IST (voir chartes des projets d'amélioration)	A travers le modèle collaboratif, 4 centres de santé urbains améliorent la prise en charge des IST selon l'approche syndromique.

Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan: Activités II.B.1.5 & II.C.1.4

Développement d'aides mémoires, cartes de soins et outils d'auto-évaluation													▪ Outils développés	Prototypes d'aides mémoires développés, en cours de test. Cartes de soins en cours de développement.
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--

Activités d'Appui : IV

IV.1.1 : Intégration de l'Assurance Qualité dans le cursus des IFCS													▪ Modules de formation finalisés ▪ Module AQ testé dans les régions	Appui du consultant externe à préciser par la division formation
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Monitoring et évaluation des activités AQ

Définir les indicateurs des activités AQ : réalisation et achèvement													▪ Liste d'indicateurs des activités AQ	PES en cours de finalisation
Définir un système approprié d'évaluation des activités AQ													▪ Plan de suivi/évaluation finalisé	Indicateurs du PES, plus des indicateurs spécifiques des régions.

ANNEXE 14 : MISE A JOUR DES ACTIVITES AQ SOUTENUES PAR URC¹⁷

Région de Souss-Massa-Drâa

1. Modèle collaboratif d'améliorations rapides de la qualité des soins
 - Région de SMD : la CRAQ doit valider les indicateurs de performance, renforcer le monitoring, et appuyer et documenter la mise en place des changements.
 - Equipe JSI : suivi technique et logistique (facilitation des rencontres).
 - Niveau central : Appui technique sous forme d'une mission d'1 semaine par mois (Dr. Malki, DHSA).
 - URC : prochaine mission en septembre pour suivi technique et identification des changements à diffuser.
2. Sélection de 2 projets d'amélioration de la qualité par province
 - Région de SMD : sélection des 14 projets.
 - Equipe JSI : suivi technique et logistique.
 - URC : prochaine mission en septembre pour démarrage des projets d'amélioration (atelier).
3. Journées thématiques de gestion de la qualité pour l'équipe régionale
 - Région de SMD : décider de ses besoins et du thème .
 - Equipe JSI : soutenir le fonctionnement de l'équipe.
 - URC : organiser la prochaine journée selon la demande.
4. Documentation des activités AQ
 - Région de SMD : mettre en place et maintenir une base documentaire informatique.
 - Niveau central : appui technique régulier (Dr. Malki, DHSA).
 - Equipe JSI : soutien technique et logistique.
 - URC : Développer un plan et des supports de documentation.

Région de Tanger-Tétouan

5. Formation de facilitateurs GiQua
 - Région de TT : planifier et organiser la formation.
 - Equipe JSI : appui technique et logistique.
 - URC : une mission par un expert co-formateur en facilitation en septembre (Dr. Karki).
6. Documentation de l'expérience de Tétouan
 - Province de Tétouan : préparer la documentation et contribuer à la rédaction.
 - Equipe JSI : contribuer à la production du document et à sa dissémination.
 - Niveau central : appui technique à l'analyse de la documentation et à la rédaction du document.

¹⁷ La totalité des activités AQ est présentée dans le Plan d'Action 2001. Certaines ne nécessitent pas d'appui technique de URC et ne sont donc pas mentionnées ici.

- URC : développement d'un plan de documentation, par un expert consultant.
7. Evaluation du Programme AQ
- Région de TT : préparation et participation.
 - Equipe JSI : appui financier et logistique, évaluation de la faisabilité économique.
 - Niveau central : participation technique.
 - URC : conception et appui technique à l'évaluation.
8. Développement de normes de label qualité des centres de santé
- Région de TT : organisation de l'atelier de consensus sur les normes.
 - Equipe JSI : appui financier et logistique.
 - URC : appui technique.
9. Développement de listes de supervision pour les services prioritaires
- Région de TT : étude de viabilité économique du système de supervision.
 - Equipe JSI : facilitation de l'étude (rencontre sur la supervision)
 - URC : appui technique pour transformer les standards en listes de contrôle.

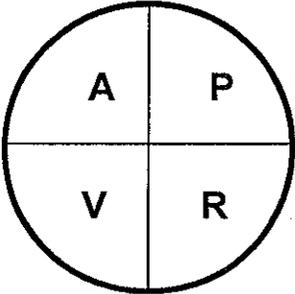
Niveau Central

10. Développement d'une charte qualité à la DP
- DP : finaliser les entretiens semi directifs et écrire le draft.
 - Equipe JSI : facilitation.
 - URC : appui technique direct lors des missions.
11. Journée de réflexion sur la normalisation
- DHSA : préparation de la journée, définition des objectifs et résultats attendus, sélection et invitation des participants.
 - Equipe JSI : facilitation.
 - URC : appui technique direct sous forme d'un consultant expert en normes (Dr. Safar).
12. Finalisation de l'intégration d'un module AQ dans le curriculum des IFCS
- Division Formation : synthèse des remarques sur le document ; test des modules dans les régions.
 - Equipe JSI : facilitation.
 - URC : appui technique direct sous forme d'un consultant expert en formation en AQ

Activités bénéficiant à tous les niveaux

13. Intégration de l'AQ dans la formation en normes SONU : Aide-mémoire/fiches cliniques/auto-évaluation
- SMD et maternités de référence: test des prototypes d'aides-mémoires.
 - Central (Service de la Protection de la Santé de la Mère, DP) : validation des aides-mémoires, protocoles de soins et cartes de soins.
 - URC : appui technique direct pour finalisation et mise en place des outils (Dr. Edson).

ANNEXE 15 : MODELE COLLABORATIF D'AMELIORATIONS RAPIDES¹⁸

Etapes du Modèle Collaboratif		Résultats attendus de chaque étape	Exemple
1. Que cherchons-nous à améliorer ?		But	<i>Meilleure prise en charge des urgences obstétricales</i>
2. Comment saurons-nous qu'un changement mène à une amélioration ?		Indicateurs d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution de la mortalité maternelle ▪ Diminution des délais de transfert et prise en charge ▪ Augmentation de la prise en charge selon les normes cliniques
3. Quels changements pouvons-nous effectuer qui résulteront en une amélioration ?		Sélection des changements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systèmes de transfert ▪ Fiche de référence ▪ Aides-mémoires et cartes de soins
4. Cycle de Shewhart pour tester les améliorations 	P lanifier le changement	Plan de mise en application des changements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atelier de planification
	R éaliser le changement	Mise en application des changements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les équipes ▪ Utiliser les nouveaux outils ▪ Respecter les nouvelles procédures
	V érifier l'impact du changement	Effet des changements sur les indicateurs d'amélioration	<i>Analyser la tendance des indicateurs de performance sur les diagrammes fréquence-temps</i>
	A gir selon les résultats	Décision prise concernant les changements	<i>Analyser l'impact des solutions et décider d'adopter les changements et de les étendre ou de les abandonner</i>
5. Comment assurons-nous la pérennité des changements efficaces ?		Durabilité des changements	<i>Monitoring continu d'un nombre réduit d'indicateurs</i>
6. Comment assurons-nous la diffusion des changements ?		Etendue des changements à d'autres structures	<i>Les solutions efficaces deviennent la norme pour tous les établissements. Plan de diffusion</i>

¹⁸ Certains éléments du collaboratif urgences obstétricales sont utilisés à titre d'exemple.

ANNEXE 16 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Nom	Fonction	Organisme
Mohamed Amarifi	Major CS Msallah	Province de Tanger Assilah
Taoufik Bakkali	Coordinateur <i>Progress</i>	USAID/Rabat
Rachid Bekkali	Coordinateur Régional	Région de Tanger- Tétouan
Abdelali Belghiti	Responsable de l'UMER	DHSA/Rabat
Mohamed Belkadi	Directeur d'Hôpital	Hôpital Hassan II/Agadir
Rachid Bezad	Consultant JSI	Rabat
Volkan Cakir	Directeur de Projet	JSI/Rabat
Naoufal Chaair	Médecin CS Msallah	Province de Tanger Assilah
Nada Darkaoui	Chef de Division	DHSA/Rabat
Boutaina El Omari	Conseiller Technique	JSI/Rabat
Farouk Fasla	Coordinateur Régional	Région de Souss-Massa- Drâa
Saida Jroni	Directrice	DHSA/Rabat
Abdelmalek Koualla	Médecin Chef de SIAAP	Province de Tanger Assilah
Mohamed Laamache	Médecin Chef CS Msallah	Province de Tanger Assilah
Abdeslam Laroussi	Major CS Val Fleuri	Province de Tanger Assilah
Ali Malki	Cadre	DHSA/Rabat
Mustapha El Mahoti	Major de SIAAP	Tétouan
Rahmani	Cadre Division PF	DP/Rabat
Sati Sayah	Coordinateur régional	JSI/Tanger
Susan Wright	Chef Département Population et Santé	USAID/Rabat
Zohra Lhaloui	Spécialiste en gestion de projet	USAID/Rabat
Taoufik Bakkali	Spécialiste en gestion de projet	USAID/Rabat

Participants à l'atelier de Ouarzazate (**voir annexe 2**)

Participants à l'atelier d'Agadir sur le collaboratif Urgences Obstétricales (**voir annexe 3**)

Participants à l'atelier d'Agadir sur le collaboratif IST (**voir annexe 3**)

Participants à la session de conversation dirigée sur le leadership (**voir annexe 4**)