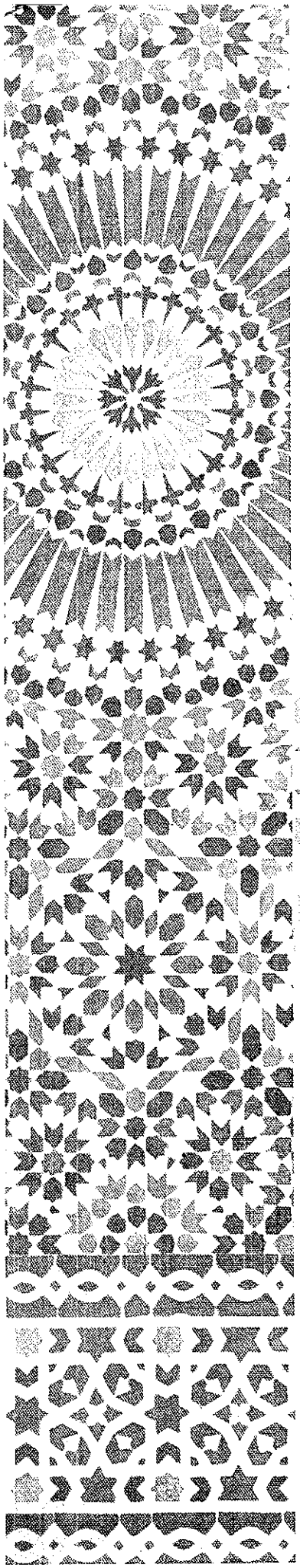
La Qualité en Action au Maroc



La Qualité en Action au Maroc

Edition 2001
Ce doscument a été préparé par Elisa Knebel, avec le concours de Bruno Bouchet, Caroline Quijada, Ed Kelley et Hany Abdallah, PAQ

Avec le soutien financier de l'Agence Américaine de Développement International (USAID) sous le contrat n° HRN-1-00-98-00032

Sommaire

Remerciements 4

Acronymes 5

Lettre de la DHSA 7

Le Projet de Gestion Intégrale
de la Qualité (GIQua) 8

Initier aux études de cas 11

Améliorer le processus de prise
en charge des femmes enceintes
au Centre de santé Poulain 12

Augmenter le taux de la contraception
féminine au Centre de santé Sidi Talha 16

Améliorer le taux de continuité
de la vaccination antitétanique au Centre
de santé de M'hannech 20

Faire participer la population à
l'amélioration de la qualité au Centre
de santé Talmaklat 24

S'attaquer aux problèmes d'encombrement
dans un contexte à fort volume de prestations
au Centre de santé de Sahrij Gnaoua 27

Améliorer les services
en fonction des besoins des clients
au Centre de santé El Bassatine 29

Acronymes

AQ	Assurance de Qualité
ASBP	Adjoint de Santé Breveté Principal
ASDE	Adjoint de Santé Diplômé d'État
ASDESP	Adjoint de Santé Diplômé d'État Spécialiste Principal
CIP	Communication Inter-Personnelle
COP	Comité d'Orientation Provincial
CPN	Consultation Prénatale
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DID	Diabétique Insulino-Dépendant
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DP	Direction de la Population
DRH	Direction des Ressources Humaines
EEG	Electro-Encéphalogramme
GAR	Grossesse à Risque
GIQUA	Gestion Intégrale de la Qualité
HSU	Hygiène Scolaire et Universitaire
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IEC	Information, Éducation, Communication
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISL	Insuline
LAT	Lutte Anti-Tuberculeuse
MS	Ministère de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
PAQ	Projet Assurance de Qualité
PF	Planification Familiale
PNAQ	Programme National d'Assurance de Qualité
PNI	Programme National d'Immunisation
PNPF	Plan National de Planification Familiale
PSGA	Programme de Surveillance de Grossesse et d'Accouchement
RAA	Rhumatisme Articulaire Aigu
SMI	Santé Maternelle et Infantile
VAD	Visite à Domicile
VAT	Vaccination Antitétanique
EM	Equipe Mobile

Remerciements

Le travail dont ce document fait la chronique aurait été impossible sans l'assistance de nombreux délégués, facilitateurs et du personnel du projet de GIQua au sein du ministère de la Santé.

DHSA-Rabat

Dr Saïda JRONDI
Dr Katra Ennada DARKAOUI
M. Abdelouahid EL KARIMI
M. Anas RIHANI
M. Mohamed ROUINI
M. Abdelaziz AMAROUCH
Mme Aîcha MQADMI

Le Dr ASBAY et ses collègues de Sefrou

Fès - Boulmane

Dr Ahmed BENDALI
Dr Abdelmajid BOUALLOU
Dr Fouad BOUCHAREB
Dr Youssef RIOUCH
Dr Abdellah ASBAY
M. Mohamed AKASBI
M. Mohamed JALAL
M. Saîd MANIAR
Dr Abdeljalil MARMOUCH
Dr Ibrahim ZAADOUD

Meknès - Tafilelt

Dr Ahmed CHERRAT
Dr Abdelali MARZAK
Dr Ali SELLAMITOU
Dr M'Hamed EL AZZOUNI
M. Assou FIANI
M. Mohamed SEBBANI
Dr Nadir KANDOUSSI
Dr Khaled AZAYI

Le Dr BEKKALI, Délégué de Tétouan

Souss – Massa – Drâa

Dr Farouk FASLA
Dr Mustapha KACIMI
M. Brahim BEL ATTAR
M. Ahmed FADILI

Tanger – Tétouan

Dr Rachid BEKKALI
Dr M'Barek BAGHO
Dr Mohamed KASSIOUI
M. Mohamed ACHOU
M. Mustapha EL MAHOTI
Dr Abdelkader MOUZDAHIR
M. Abdellah CHETOUANE

Préface

Les expériences d'amélioration de la qualité des soins et des services sont devenues de plus en plus évidentes pour les équipes de qualité. Mais si, au niveau local ces expériences sont largement connues, leur diffusion aux acteurs du système de santé marocain et à leurs partenaires est restée limitée.

Les fonctions Documentation et Communication sont des exigences fondamentales dans l'approche fonctionnelle du Programme National d'Assurance Qualité. Elles permettent d'apporter un soutien aux autres fonctions techniques et d'assurer la pérennité des acquis des activités d'assurance qualité.

L'élaboration de ce modèle documentaire a pour objectif i) de documenter et de communiquer les activités d'assurance qualité ii) d'unifier le recueil d'informations sur les expériences d'amélioration de la qualité iii) de mettre à la disposition des utilisateurs des illustrations de problèmes liés à la qualité qui ont été introduites.

Cette documentation a été fournie par des équipes des sites de l'assurance qualité. A cet effet, nous tenons à féliciter messieurs les Délégués du ministère de la Santé, ainsi que les équipes de qualité dans les régions de Tanger-Tétouan, Fès-Boulmane, Meknès-Tafilalet et Sous-Massa-Drâa, les cadres de l'Unité de Gestion de la Qualité et l'équipe de l'University Research Corporation (URC), pour leurs efforts et leur contribution à la réalisation de ce travail.

Dr Saïda CHOUJAA JRONDI
Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires

PREVIOUS PAGE BLANK

Le Projet Gestion Intégrale de la Qualité (GIQua)

L'évolution du programme national

Le Projet de Gestion Intégrale de la Qualité (GIQua) s'attache à améliorer la qualité des prestations et des soins et des services de santé en institutionnalisant une culture de la qualité au sein du système de santé marocain. Grâce à l'introduction des outils et des techniques d'Assurance Qualité à tous les échelons du système de la Santé, les professionnels de la santé au niveau des établissements ont développé les capacités de travail ensemble et en équipe, pour résoudre des problèmes clés ayant une incidence sur la qualité des soins dispensés, tout en bénéficiant de l'appui et de la facilitation d'un cadre formé faisant partie du personnel de l'échelon régional et central.

Membres de l'équipe du Centre de santé de Mellah à Tanger-Tétouan

Historique

Le GIQua fait partie du Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile – Phase V, qui est financé par l'USAID et géré par John Snow Incorporated (JSI) et son sous-traitant University Research Corporation (URC). Le GIQua a connu un développement soutenu depuis ses débuts.

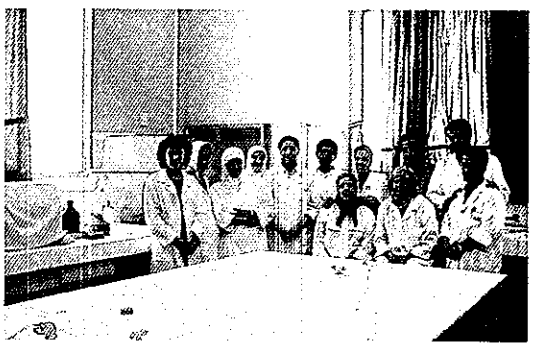
Entre septembre 1994 et mai 1996, les activités de gestion de la qualité consistaient essentiellement à orienter, informer et préparer le personnel du MS pour la mise en oeuvre de la gestion de la qualité au sein du MS. Ensuite, sous l'impulsion d'un Comité de pilotage central composé de membres de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA), de la Direction de la Population (DP) et de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS), une stratégie a été mise en oeuvre. Cette dernière consistait notamment à dispenser une formation en AQ à un noyau central du MS. Ce groupe reproduirait cette formation dans les provinces, initierait les responsables provinciaux à l'AQ et enseignerait l'AQ au personnel des sites pilotes retenus. Cette approche, visant à former simultanément des facilitateurs du niveau central et provincial et des chefs d'équipe, a permis le développement rapide d'une culture de la qualité à tous les échelons du MS.

En avril 1998, le ministère de la Santé a annoncé l'extension du GIQua à l'ensemble du pays à titre de priorité nationale en matière de santé. Un noyau de facilitateurs régionaux qui pourraient ensuite introduire les concepts et les techniques d'AQ dans d'autres régions a été formé. Au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de facilitateurs étaient formés, de nouveaux sites étaient initiés dans chacune des provinces. Certains sites étaient désignés

par les responsables provinciaux alors que d'autres demandaient spontanément à participer après avoir observé les résultats obtenus par des sites voisins.

En juin 1999, il y avait 62 sites qu'on pouvait classer en trois catégories : les 19 sites pilotes de démonstration initiaux, les 14 nouveaux sites qui avaient démarré dans le cadre de l'extension et 29 nouveaux sites supplémentaires qui avaient commencé à la requête de facilitateurs locaux et d'équipes établies.

En raison de l'épanouissement des activités et de l'intérêt accru qu'elles suscitaient à travers le pays, le MS devait redéfinir son soutien au programme et institutionnaliser l'approche qualité. Un séminaire-atelier, qui s'est déroulé à Marrakech en mars 1999, a rassemblé environ 60 décideurs clés du secteur de la santé. Ils ont ébauché le Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ) qui identifie huit fonctions spécifiques d'AQ incombant au MS, lequel étend le programme à l'ensemble du pays.



Membres de l'équipe du Laboratoire de l'hôpital Ibn El Khatib à Fès

L'assurance de qualité en bref

Le PNAQ considère que la qualité des soins est l'exécution correcte d'interventions conformes à des normes et des procédures préétablies, dans le but de satisfaire les clients du système de santé marocain et de maximiser les résultats sans générer de risques pour la santé ou des coûts inutiles.

La norme est l'expression du niveau de qualité attendu pour les ressources (spécifications des structures et équipements, et caractéristiques des personnels), les activités (protocoles ou guides cliniques) et les résultats (impact sur la santé).

Chaque 'client' juge la qualité des soins et services de santé selon ses propres critères, que ce soit le patient, la communauté, le prestataire ou le gestionnaire. Ces différentes perspectives doivent être prises en compte dans la conception et le fonctionnement des services de santé.

L'Assurance Qualité (AQ) est l'ensemble des activités qui permettent de définir des normes, de mesurer et d'améliorer la performance des services et des agents afin que les soins de santé soient aussi efficaces et sûrs que possible. L'assurance qualité repose sur les quatre principes suivants :

- La satisfaction des besoins et attentes des clients suppose que les prestataires et les patients instituent un dialogue sur leurs besoins et attentes respectifs.
- L'amélioration des processus de soins et de gestion. Le processus est une suite d'étapes qui utilisent les ressources du système de santé afin d'aboutir à des résultats pour les clients.
- L'utilisation de données pour l'analyse des situations et la prise de décision. Certains outils spécifiques de l'AQ permettent de confirmer la cause des problèmes et de savoir quelles solutions appliquer.
- Le travail en équipe permet le partage des connaissances et de l'information, génère plus d'idées pour résoudre un problème, permet de prendre des décisions consensuelles et limite la résistance aux changements.

L'amélioration de la qualité : résolution de problèmes en équipe

Le PNAQ décrit trois approches distinctes pour améliorer la qualité des soins :

Encadré 1 : Processus de résolution de problèmes

- **Identification et formulation du problème.** Les domaines problématiques et autres possibilités d'amélioration sont identifiés à partir des activités de suivi et d'évaluation. Demandez aux personnels de santé de faire des suggestions, des analyses de processus du système, de revoir la rétro-information ou les plaintes des patients et de trouver des idées par le biais de techniques de brainstorming ou autres mécanismes de recherche d'idées. Une fois choisi, le problème est défini en termes opérationnels, c'est-à-dire en déterminant l'écart entre la performance effective et la performance prescrite par les normes. On écrit un énoncé du problème indiquant ce qu'est le problème et comment il se manifeste. A ce stade, il faut confier la responsabilité à une équipe qui doit être constituée par tous ceux qui sont en contact avec le problème, ceux qui contribuent en apportant des ressources, ainsi que ceux qui bénéficient de ce travail.
- **Analyse du problème.** Pour arriver à des améliorations significatives et durables, il est important de comprendre le problème et ses causes profondes. Les outils comme le diagramme de processus et de cause-effet sont utiles. La collecte de données aide à confirmer et quantifier l'existence d'un problème, analyser une cause de variation et déterminer l'importance relative de différentes causes.
- **Conception de la solution.** Après avoir évalué attentivement le problème et ses causes, l'équipe définit une solution. Souvent les solutions et les améliorations s'inscrivent dans des systèmes de gestion, par exemple la supervision, la formation ou la logistique. Le choix entre les différentes solutions se fait en fonction des coûts éventuels et de l'efficacité des options afin d'avoir un impact maximum sur le problème.
- **Application et suivi de la solution.** La mise en oeuvre de la solution demande une planification attentive. L'équipe choisit le responsable de l'exécution et détermine les ressources nécessaires ainsi que les délais et les indicateurs de succès pour voir si la solution est efficace. Les indicateurs devront être choisis pour déterminer si la solution a été appliquée correctement et si elle a permis de résoudre le problème auquel elle s'attaquait.

1. la rétro-information du personnel sur leur performance, 2. l'amélioration de la qualité par la résolution de problèmes en équipe, et 3. le design de la qualité. Pendant l'élaboration du GIQua, on a trouvé que la résolution des problèmes en équipe fournit une méthode d'application des principes de gestion de la qualité parfaitement maîtrisable par du personnel de santé à tous les échelons.

Démarrage d'un site

Avant qu'un site soit intégré au programme, les facilitateurs et les responsables provinciaux préparent un plan de mise en oeuvre pour leurs sites respectifs. Les facilitateurs organisent alors des séminaires de sensibilisation pour leurs responsables hiérarchiques et leurs collègues sur l'approche du GIQua et aident à l'établissement d'une équipe d'amélioration de la qualité au niveau du site. Chaque équipe a un animateur qui est formé et guidé par le facilitateur pendant le premier cycle de résolution de problèmes de l'équipe. Le cycle est facilité grâce au recours à divers outils et techniques d'AQ.

Résultats

Le dur labeur des équipes s'est traduit par des changements extraordinaires dans la manière dont le personnel envisage son travail, la manière dont il travaille en équipe et, chose plus importante, dans ses rapports avec les patients et les communautés et dans les soins qu'il prodigue.

Au nombre des améliorations notées localement, on peut citer un recul de la mortalité néonatale, une utilisation accrue des visites prénatales, de meilleures méthodes pour la prescription de médicaments, une couverture vaccinale plus étendue et un recours accru aux méthodes de planification familiale.

Mis en oeuvre simultanément dans des zones éloignées les unes des autres avec un leadership central, le projet GIQua a progressé rapidement avec des facilitateurs formés qui sont soutenus par des responsables au niveau régional et central.

Le document suivant illustre l'expérience de plusieurs équipes de centres de santé et hôpitaux marocains dans l'utilisation d'outils et techniques d'amélioration de la qualité afin d'améliorer la qualité de la prestation de soins de santé de leurs établissements respectifs. Cet ouvrage regroupant plusieurs expériences documentées, ou études de cas, relate les expériences des équipes dans l'utilisation de l'approche d'assurance de qualité, tout en faisant ressortir les succès et les difficultés de l'utilisation de cette approche pour chaque équipe, et les leçons tirées de ces expériences, le cas échéant. Les études représentent diverses régions, divers types d'établissements et diverses réalisations.

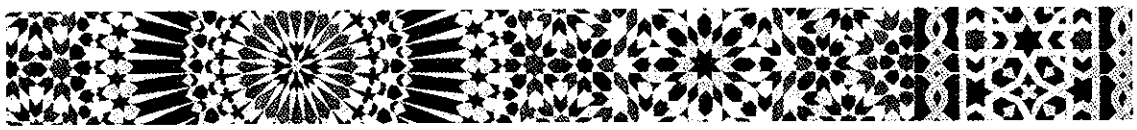
Initiation aux Études de Cas

Membres du Service Pédiatrique de Taroudant

Il y a, actuellement, 62 équipes d'amélioration de la qualité dans cinq régions du Maroc et, pour cette raison, il n'a pas été possible d'inclure chaque équipe dans ce document. On espère qu'il sera le premier d'une série de produits qui documenteront les efforts soutenus des équipes et que, dans un proche avenir, l'histoire de chacune des équipes d'amélioration de la qualité sera relatée et diffusée.

«Le fait de travailler en équipe a vraiment changé la façon dont nous travaillons ici. Avant, les gens étaient repliés sur eux-mêmes et ne travaillaient jamais ensemble. Nous nous réunissons maintenant toutes les semaines et nous réglons nos propres problèmes... le travail est maintenant meilleur pour nous et les clients sont beaucoup plus heureux...»

Une infirmière d'Agadir.



Améliorer le processus de prise en charge des femmes enceintes au Centre de santé Poulain

Introduction

Le respect régulier du calendrier de visites prénatales par les femmes enceintes est un problème chronique auquel se heurtent les centres de santé du monde entier. L'effort de l'équipe suivante est un exemple riche en enseignements pour s'attaquer correctement aux causes profondes ou aux principales raisons du problème avec des moyens limités. Les résultats impressionnants du Centre de santé Poulain pour obtenir que les femmes viennent plus régulièrement dans cet établissement ont débouché sur d'autres progrès initiés par le personnel du centre avec un esprit d'équipe général.

Constitution de l'équipe

Abderrahim BEN ABDELKRIM, *médecin-chef*
Ahmed CHARAK, *médecin*
My Hachem FARSI, *major*
Ayad BENCHAYEB, *triage*
Naima BENTAYEB, *consultation*
Souad EL WADGHIRI, *SMI*
Zohra FERIAT, *consultation*
Abd FORHAOUI, *SMI*
Fatima FETTAH
Zhor ABOUABDELLAH, *major (maison d'accouchement)*
Rachida CHRKAOUI, *PF*

Contexte

Le Centre de santé Poulain dessert une population d'environ 10.600 personnes qui habitent l'ancienne Médina de Meknès. La clientèle de Poulain vit dans des locaux très exigus à proximité du centre de santé, ce qui lui permet d'avoir facilement accès à cet établissement très fréquenté. On se heurte toutefois au problème que la majorité de la clientèle est constituée de petits commerçants et de vendeurs de marché qui n'ont pas le temps de venir pour tous les rendez-vous des visites de contrôle requises ou pour les soins que nécessitent les maladies chroniques.

En plus des services standards que dispense tout centre de santé marocain typique, le centre dispose d'une salle d'accouchement de 10 lits. L'établissement sert également de centre de référence pour toute la Préfecture d'Al Ismaïlia à Meknès-Tafilalet.

Une formation en AQ a eu lieu en janvier 1999. A l'issue de cette formation, une équipe regroupant le personnel intéressé a été formée et elle a commencé à se réunir tous les mercredi à 16 h pendant une heure. La tenue des réunions régulières était un concept nouveau pour l'équipe qui a donc dû fixer certaines règles de conduite pour chaque réunion :

- Pas de jugement de valeur parmi l'équipe ;
- Ne pas monopoliser la parole ;
- Ne pas quitter la salle de réunion avant la clôture, sauf en cas de force majeure ;
- Prévoir du thé ou du café ;
- Prévoir l'ordre du jour.

Identification

D'abord, l'équipe a utilisé la méthode du brainstorming pour définir les questions les

plus importantes à résoudre. La liste des problèmes identifiés était la suivante : l'insuffisance du suivi des femmes enceintes par la consultation prénatale ; le non-respect du calendrier vaccinal pour certains enfants ; et la faible proportion de dispositifs intra-utérins insérés (DIU).

Tableau 1 :
Matrice de sélection pour le problème

Problèmes	Critères			
	Importance	Risque	Influence	Total
L'insuffisance du suivi des femmes enceintes à la consultation prénatale	55	54	51	**160**
Le non-respect du calendrier vaccinal pour certains enfants	51	51	54	**156**
La faible proportion de dispositifs intra-utérins (DIU) posés	43	32	40	**115**

L'équipe a opté pour le choix d'un seul problème qu'elle étudierait en profondeur. Elle l'a donc sélectionné en utilisant une matrice de sélection et par un vote de consensus selon quelques critères (Tableau 1).

Le problème retenu est celui ayant obtenu le score le plus élevé (160) : « Les femmes enceintes ne continuent pas les prestations prévues ». Plus précisément, 87 femmes enceintes, soit 60% de celles enregistrées au centre de santé au cours de l'année 1998, n'ont pas suivi régulièrement (au moins une visite par trimestre) ou achevé les visites prévues durant la grossesse (trois visites au minimum). Cette situation a démotivé le personnel chargé de la prise en charge des femmes enceintes d'une part, et elle risque d'autre part, d'avoir des répercussions négatives sur l'état de santé de la mère et du nouveau-né. L'équipe a fixé à 90% l'objectif à atteindre pour l'année 1999.

Analyse

En utilisant un diagramme de cause-effet, l'équipe a généré plusieurs hypothèses quant à la raison pour laquelle les femmes enceintes ne respectent pas les visites prévues (Figure 1).

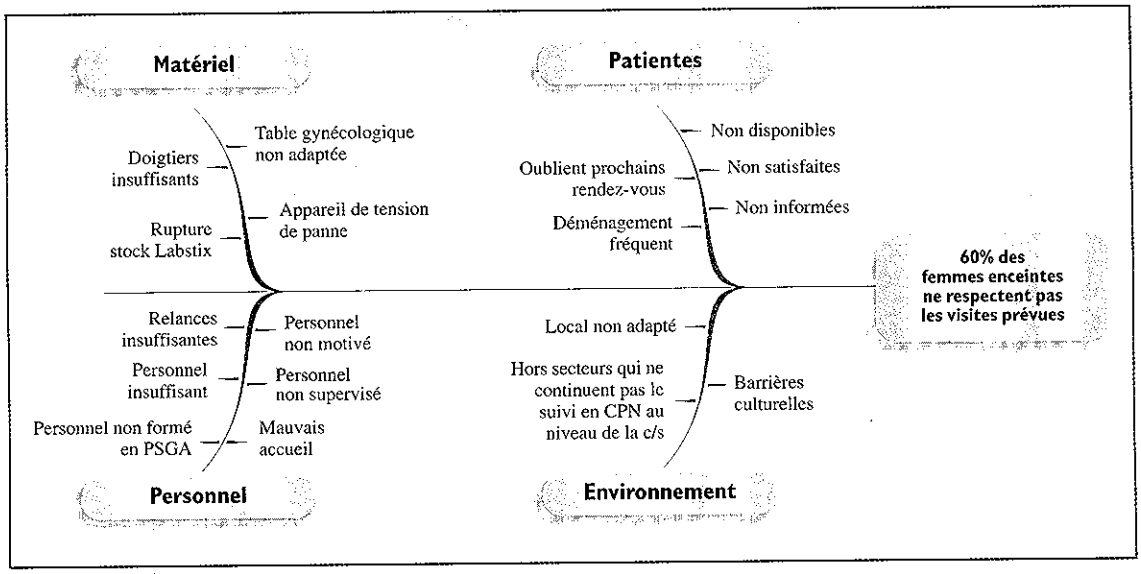
Certaines des hypothèses ont été écartées par consensus comme n'étant pas la cause fondamentale du problème, tandis que d'autres, de l'avis de l'équipe, devaient être testées pour déterminer si elles constituaient les raisons expliquant que le calendrier prénatal soit rarement suivi jusqu'au bout. L'équipe est restée dans le vague pour les questions afférentes au personnel et aux patients – des questions qui seront évaluées ultérieurement.

Pour vérifier ces hypothèses, l'équipe a obtenu des données par plusieurs moyens :

1. Une étude des fiches de surveillance de la grossesse et de l'accouchement des femmes enceintes non suivies au cours de l'année 1998, au total 87 fiches ;
2. Un questionnaire aux femmes non suivies ;
3. Un questionnaire destiné aux personnels chargé de la prise en charge des femmes enceintes pour déterminer son niveau de formation et tout obstacle dans ses relations avec ce groupe de patients ; et
4. Une étude d'observation pendant deux semaines de toutes les étapes du processus, depuis l'accueil de la patiente jusqu'à son départ de l'établissement.

L'exploitation des fiches a montré que 43% des patientes non suivies ont été relancées par le personnel, alors que 38% des patientes ayant déménagé avaient informé le personnel de leur nouvelle adresse. Par contre, 57% des patientes n'avaient pas été relancées, bien qu'elles ne se soient pas

Figure 1 : Diagramme de Cause-effet



présentées aux dates prévues pour leurs visites.

Le questionnaire destiné aux patientes (50 femmes à leur domicile) non suivies régulièrement au cours de l'année a montré les raisons pour lesquelles elles ne venaient pas : 69% oublient leurs prochains rendez-vous, 19% ne sont pas disponibles, 9% manquent d'informations sur l'importance des visites prénatales et du suivi, et 3% ne sont pas satisfaites. L'équipe s'est également rendu compte que, dans l'esprit des femmes, les consultations n'avaient lieu que le matin, alors qu'en réalité les heures de visite étaient plus longues.

D'après le questionnaire destiné au personnel, l'équipe a trouvé que ce dernier avait reçu une formation tant théorique que pratique, mais qu'il ne relance pas toutes les femmes qui ne sont pas suivies régulièrement. L'une des raisons pour cela était le fait que la prise de rendez-vous (programmation à l'avance, plusieurs visites durant la journée) et la nécessité de faire un compte-rendu au major de la formation à l'issue des visites étaient perçues comme exigeant trop de travail.

L'étude d'observation des étapes du processus a démontré pour l'équipe que la prise en charge des femmes enceintes est assurée par une seule infirmière alors que les deux autres prennent en charge les enfants. En raison de cette hyper-spécialisation du personnel, on avait une infirmière surchargée de travail qui n'avait pas le temps de rappeler convenablement aux femmes qu'elles devaient revenir au centre.

Solution

Même si la majorité des femmes disaient qu'elles avaient oublié leur prochaine consultation, ce n'était pas simplement une question de mémoire, et la collecte de données a montré clairement qu'il faudrait une meilleure application et des rappels, par le personnel, de l'heure, de la date et de l'importance du suivi.

L'équipe a choisi de s'attaquer aux causes des problèmes en recherchant des solutions qui s'appliquent aux acteurs de part et d'autre : le patient et le personnel de santé. L'équipe a procédé à nouveau à un brainstorming ensemble et elle a dégagé les solutions suivantes :

- Chaque employé du service prend en charge aussi bien les enfants que les femmes pour qu'il y ait une intégration des activités ;
- De nouvelles méthodes de classement des fiches seraient appliquées tous les mois plutôt que tous les trimestres pour permettre un meilleur suivi des femmes enceintes ;
- L'établissement d'un programme de sortie à chaque fin du mois avec des visites à domicile deux fois par semaine pour relancer les femmes enceintes qui ne se sont pas présentées aux dates prévues ;
- L'organisation d'une formation en matière de communication pour le personnel chargé de la SMI.

Résultats et discussion

Trois mois seulement après la mise en œuvre de ces solutions, 100% (contre 40% au départ) des femmes enceintes étaient prises en charge et respectaient régulièrement les visites prévues avec une moyenne de quatre visites par grossesse et au moins une visite par trimestre. Cela signifiait que toutes les femmes enceintes dans la zone de couverture avaient le minimum de visites, voire davantage. Au neuvième mois de l'évaluation, toutes les femmes enceintes avaient eu en moyenne cinq visites par grossesse et au moins une visite par trimestre.

Il est surprenant de noter que 10 réunions avaient suffi à l'équipe pour obtenir ces résultats. La totalité des membres étaient présents à toutes les réunions et l'équipe bénéficiait de la présence sur place d'un chef/facilitateur bien formé pour s'occuper de tout besoin immédiat.

Ce meilleur respect des consultations prénatales (CPN) a notamment permis à l'équipe de percevoir certains autres effets positifs. L'amélioration de la relance a permis une meilleure identification et le traitement de grossesses à risque (GAR) et une régression concomitante du taux des complications. Toutefois, pour les cas à risque existants, le taux d'orientation vers l'hôpital durant la période d'évaluation est resté à 100%.

Mis à part les progrès impressionnants concernant la prise en charge des femmes enceintes, l'équipe a obtenu d'autres progrès dans sa façon de travailler ensemble ainsi que dans le déroulement du travail au centre de santé. L'équipe a réorganisé le lieu d'attente et le processus d'enregistrement pour que les patientes se sentent mieux accueillies et que leur visite au centre leur donne un sentiment positif. Une plus grande importance a été accordée à la propreté et à l'apparence positive du centre – les infirmières portaient même une coiffe d'uniforme pour la première fois.

Les clients du centre de santé font maintenant des commentaires sur l'amélioration de l'accueil qu'ils reçoivent ainsi que sur l'apparence de l'établissement. Pour la première fois, le centre a pu rallier le soutien de la communauté pour l'amélioration des locaux et il a travaillé avec la communauté afin de recueillir des fonds pour les repeindre et les remettre en état.

L'équipe a signalé un changement de comportement majeur à la suite de l'introduction de normes pour les réunions. Ces normes rendaient les employés plus respectueux et plus professionnels les uns envers les autres et, pour la première fois, ils avaient le sentiment qu'ils étaient «guidés dans leur travail par des objectifs écrits et explicites». L'expérience positive démontrée au Centre de santé Poulain a suscité dans les centres de santé voisins un désir d'obtenir une formation en AQ.

Augmenter le taux de la contraception féminine au Centre de santé Sidi Talha

Introduction

Pratiquement tout le personnel du Centre de Santé Sidi Talha a reçu une formation en techniques d'amélioration de la qualité en 1997. Sidi Talha a achevé depuis quatre cycles de résolution de problèmes et a apporté des changements fondamentaux dans la manière dont les services sont dispensés aux clients. Considérant que la grande majorité de la clientèle du centre de santé est constituée de femmes, la plupart des améliorations dont le centre a besoin sont axées sur les soins aux patientes. Le premier cycle du centre s'est attaqué au problème suivant : seul 37,24% des femmes avaient reçu la vaccination antitétanique (VAT). Une équipe a été formée au sein du

Membres de l'équipe du Centre de santé Sidi Talha

personnel qui était directement impliquée dans le processus de VAT pour remédier à ce problème. En utilisant des outils et des techniques d'amélioration de la qualité, l'équipe a pu porter la VAT à 80% en un an.

Encouragé par cette réussite, le personnel de Sidi Talha a continué à travailler sur d'autres améliorations possibles. Ce cas retrace les grandes lignes d'une autre action de ce genre : l'augmentation du taux de contraception des femmes en âge de procréer.

Constitution de L'équipe

Abdelaziz IDRISSI, *Consultation*
Rhimou EL KASMI, *SSU*
Med BELAHMAR, *Consultation*
Zahra EL ABSI, *SMI*
Fatima ROHOU, *SMI*
Fatima BOUAOUDA, *PF*
Tsoulia ZERIOUH, *Triage*
Amina OULAD BOUFTIH, *Triage*
Ali FELLAH, *Major et Animateur*
Dr IDRISSI, *Médecin-Chef*
Zahra MANSOR, *PSGA*
Hadj HOUNAIS
Rahhali ABDESLI
El Badri ROHDI

Contexte

Le Centre de Santé Sidi Talha est situé au nord-ouest de la ville de Tétouan. Il dispose d'un espace pour les examens qui est utilisé essentiellement pour la pose de DIU, d'une salle pour les activités de PSGA, d'une salle pour l'examen des enfants, d'une salle de démonstration IEC, d'une salle HSU, d'une pièce EEG, de deux pièces pour les consultations de santé mentale et de deux salles d'attente.

Cet établissement est l'un des 14 centres de santé de la province de Tétouan et il dessert une population d'environ 6.500 ménages, soit 40.000 personnes qui vivent du petit commerce ou qui sont des vendeurs de marché des rues principales de Tétouan-Ville.

Les activités effectuées par le Centre de santé Sidi Talha sont :

- La consultation médicale ;
- La prise en charge et le suivi des tuberculeux ;
- La prise en charge et le suivi des paludéens ;
- La prise en charge et l'orientation des maladies oculaires ;
- Le triage ;
- Les vaccinations ;
- L'hygiène scolaire et universitaire ;
- La planification familiale et les soins aux mères et aux enfants ;
- La consultation neurologique ;
- La consultation psychiatrique ;
- L'exploration fonctionnelle EEG.

Identification

D'abord, l'équipe a utilisé la méthode du brainstorming pour mettre en évidence les questions les plus importantes à résoudre. La liste des problèmes identifiés allait de problèmes moins complexes comme l'accueil et l'orientation des consultants aux opportunités plus complexes comme le manque d'implication des hommes dans la contraception. Comme pour les autres cycles complétés, l'équipe s'est limitée à choisir un seul problème à étudier en profondeur. Elle a fait ce choix au moyen d'une matrice de sélection et par un vote consensuel en fonction de quelques critères.

L'équipe a convenu de travailler sur l'opportunité d'améliorer le processus visant à intéresser les femmes en âge de procréer à la planification familiale. Cette question a beaucoup préoccupé l'équipe chargée de cette activité et elle a causé un mécontentement au sein de l'administration. L'équipe a constaté que la prévalence de la contraception, toutes méthodes confondues, au niveau du centre de santé était de 35% contre 46% à l'échelon provincial et de 59% à l'échelon national.

Analyse

L'équipe a estimé qu'il y avait plusieurs raisons au faible taux de prévalence mais elle a estimé que cela tenait avant tout au fait que la majorité des maris ne participent pas à la planification de l'espacement des naissances, bien qu'ils puissent jouer un rôle crucial dans la réduction des risques liés à la grossesse et à l'accouchement, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

L'équipe a estimé que le processus connaîtra une amélioration lorsque les hommes participeront à la planification des naissances et que le taux d'utilisation des contraceptifs au niveau de la circonscription aura atteint les normes fixées par le PNPF.

Pour vérifier ses hypothèses, l'équipe a réalisé une enquête au centre de santé qui a porté sur 100 consultants mariés et elle a mis en évidence les points suivants :

- 16% était au courant de la PF mais ne connaissait pas les méthodes ;
- 19% connaissait plus de deux méthodes et suggérait la participation du personnel masculin (facilité de communication) ;
- 7% sans réponse ;
- 6% n'avait jamais entendu parler de la planification familiale ;
- 52% pensait que c'est l'affaire de la femme et n'avait jamais discuté avec leur épouse de la PF.

Tableau 2 : Matrice pour le suivi de la solution

Solution	Objectif de la solution	Qui	Quand	Indicateurs d'évaluation et de suivi	Temps d'attente pour évaluer la solution
Enseignement au personnel masculin des techniques de communication avec les hommes et implication de ce personnel dans le processus de sensibilisation des hommes	Améliorer les connaissances du personnel masculin et l'impliquer dans la sensibilisation des hommes	- Animateur - Facilitateur	Janvier 1998	- Nombre d'hommes informés - Nombre de nouvelles acceptatrices dont le mari accepte	3 mois 6 mois
Amélioration des conditions d'accueil et encouragement de la présence des couples dans le choix de la méthode	Encourager les couples à discuter entre eux de la planification familiale	- Projet Nord - Equipe	Une fois tous les 15 jours	- Nombre d'affiches élaborées - Nombre de présents aux séances - Taux de continuité des séances	3 mois 1 mois 1 mois
Formation des personnes relais et leur implication dans la sensibilisation des hommes (fkihs, personnes influantes) : activité à mener avec le comité du quartier	Sensibiliser les personnes relais et les impliquer dans la vulgarisation de la PF	-Animateur de l'équipe - Animateur d'IEC et PD	Février et mars 1998	- Nombre de personnes relais formées - Nombre de nouvelles acceptatrices venues informées par les relais	A partir d'un mois
Élaboration d'une stratégie de CIP en coordination avec les comités de quartiers en faveur des hommes	Améliorer les connaissances, les attitudes et le comportement des hommes vis-à-vis de la PF	L'équipe	Activée intégrée	Opinion des hommes	Enquête de sondage chaque année

Solution

Pour trouver une solution à son problème, l'équipe a utilisé la méthode dont elle s'était déjà servie pour choisir son problème : une matrice et un vote selon des critères de faisabilité, de temps, de coût et d'acceptabilité. Les solutions par ordre de priorité selon le consensus de l'équipe sont les suivantes :

1. Enseignement au personnel masculin des techniques de communication avec les hommes et implication de ce personnel dans le processus de sensibilisation des hommes ;
2. Amélioration des conditions d'accueil et encouragement de la présence des couples pour le choix de la méthode ;
3. Formation des personnes relais et leur implication dans la sensibilisation des hommes (fkihs, personnes influentes) : activité à mener avec le comité du quartier ;
4. Elaboration d'une stratégie de CIP, conjointement avec les comités de quartiers, destinée aux hommes.

L'équipe a utilisé une matrice (tableau 2) afin de suivre la mise en œuvre des solutions dans le temps.

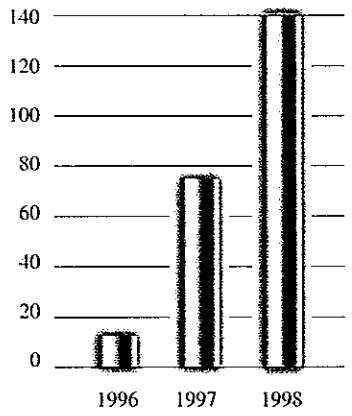
Résultats et discussion

Pour évaluer l'effet de sa solution, le centre a calculé les indicateurs afférents à l'efficacité des actions entreprises pour impliquer les hommes dans la planification des naissances. Le centre a également noté que le taux de prévalence, toutes méthodes confondues, a légèrement augmenté (il est passé de 35% en 1997 à 48% en 1998) et

qu'il y a eu une évolution dans le nombre des nouvelles acceptatrices ces trois dernières années (Figure 2).

Compte tenu du succès des deux cycles de résolution de problèmes qui ont été achevés, le Centre de santé Sidi Talha s'est mis à renforcer ses travaux dans d'autres domaines des soins de santé et des consultations des femmes. Le centre a mis à profit son expérience de l'augmentation des taux de contraception pour obtenir un accroissement du taux de recrutement des femmes pour la vaccination contre le tétanos. Connaissant le processus de collecte des données et l'application de solutions similaires à celles employées pour améliorer la contraception, le centre estime qu'il est plus rapide et plus facile d'améliorer par lui-même les processus efficaces et la santé de la population.

Figure 2 :
Évolution des nouvelles acceptatrices



Améliorer le taux de continuité de la vaccination antitétanique au Centre de santé de M'hannech

Introduction

Le respect par la population cible de mesures qui exigent un suivi régulier, par exemple l'achèvement de la VAT, est souvent difficile à obtenir en raison de divers facteurs. La compréhension de la cause fondamentale d'un tel problème par la collecte de données facilite le choix de solutions précises et efficientes pour y remédier. L'expérience du Centre de santé de M'hannech illustre une telle démarche.

Constitution de l'équipe

Najat IKRAM, *médecin-chef*
Abdelmijd MIFTAH, *consultation*
Miloudi EL BANA, *major*
Mohamed AL HAIK, *triage*
Ahmed ALAMI OUALIDI, *soins*
Saadia DOUKKALI, *consultation*
Mohamed EL HAYANI, *santé scolaire*
Fatiha BOUHAJ, *SMI*
Samira BENYACOUB, *PF/PSGA*
Souad AHARMIM, *PF/PSGA*
Jamila HAMDALI, *SMI*
Nabila AKACHAR, *consultation*
Omar ASRIH, *consultation*

Contexte

Le Centre de santé de M'hannech se situe dans le chef-lieu d'une circonscription dite mixte étant donné qu'il dessert 33% de la population de certains quartiers urbains de la ville de Tétouan et 67% de la population rurale des communes d'Azla et de Zitoune. Au total, le centre dessert environ 36.500 personnes et c'est l'un des 14 centres de santé existant dans la préfecture.

Le centre a deux médecins, cinq infirmiers du 1er grade, et six infirmiers du 2e grade. Il dispose de deux salles de consultation et d'une salle de visite. Le centre doit faire face à plusieurs problèmes de santé majeurs de la population, notamment les infections respiratoires aiguës, les infections oculaires, et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

Le personnel du centre de santé a suivi une formation en AQ en janvier 1999. Il a entamé son premier cycle de résolution de problèmes le même mois et l'a terminé trois mois plus tard.

Identification

Premièrement, l'équipe a utilisé la méthode du brainstorming pour déterminer les questions les plus importantes à résoudre. La méthode du brainstorming a généré plusieurs problèmes mais l'équipe a procédé à une première sélection de quatre problèmes par consensus : diminution du taux de recrutement en matière de planification familiale ; faible taux de continuité pour la VAT ; insatisfaction de la population pour les soins fournis ; et le problème du triage.

L'équipe a ensuite procédé à une deuxième sélection en utilisant la Matrice de sélection des problèmes (Tableau 3).

Le taux de continuité de la VAT a été retenu par l'équipe, en particulier parce qu'il était considéré comme étant un problème potentiellement facile à surmonter compte tenu des ressources et du temps dont disposait l'équipe. L'équipe a procédé à un bref examen des données existantes au centre de santé et elle a estimé la gravité réelle du problème. L'utilisation de ces

données a aidé l'équipe à définir le problème et à déterminer si la composition de l'équipe incluait toutes les personnes devant travailler sur la question. Elle a préparé un énoncé de problème. (Encadré 2).

Tableau 2 : Matrice de sélection pour le problème à résoudre

Problèmes	Critères			
	Faible taux de continuité de la VAT	Baisse du taux de recrutement en matière de PF	Insatisfaction de la population	Problèmes du triage
Faisabilité	24	25	18	33
Fréquence	32	31	14	23
Gravité	29	31	20	20
Coût	23	30	28	19
Facilité	35	26	16	23
Temps	25	16	16	27
TOTAL	168	159	112	145

Analyse

En utilisant le diagramme de cause-effet, l'équipe a généré plusieurs hypothèses sur la raison du faible taux de continuité de la VAT. L'équipe a estimé que les causes principales du problème étaient : le temps insuffisant consacré à l'IEC, la coordination insuffisante entre la SMI et les autres cellules, le manque de relance, les rumeurs négatives à propos de la VAT parmi la population, et l'oubli ou la perte de la carte de vaccination. Pour chaque cause principale, l'équipe a planifié un moyen pour l'étudier et la vérifier par la collecte de données. Elle a préparé un tableau d'obtention de données (Tableau 4) et elle s'est réunie au bout de trois mois pour discuter de ce qu'elle avait découvert pendant l'enquête.

Encadré 2 : Enoncé du problème

Il y a une opportunité d'améliorer le taux de continuité de la vaccination antitétanique (VAT) des femmes en âge de procréer (15 à 44 ans) au Centre de santé de M'hannech. Le problème était qu'en 1998 le taux de continuité de la vaccination antitétanique chez les femmes de 15 à 44 ans était faible. Les données suivantes montrent la continuité entre les cinq doses :

- 27% des femmes ont abandonné la VAT2
- 50% des femmes ont abandonné la VAT3
- 43% des femmes ont abandonné la VAT4
- 6% des femmes ont abandonné la VAT5

Ces résultats témoignent de la problématique du manque de continuité des activités de VAT dont le volume est très important étant donné que peu de femmes vont jusqu'au bout de leur calendrier vaccinal.

Ces chiffres mettent l'équipe devant une situation d'insatisfaction qui pourrait avoir des conséquences graves sur la santé de la population cible (les femmes de 15 à 44 ans et les enfants mis au monde par des femmes non protégées).

Le problème sera résolu lorsque le processus de prise en charge permettra aux femmes de bénéficier de cinq injections conformément au calendrier arrêté par le PNI.

Le plus intéressant pour l'équipe était l'enquête sur les connaissances de la population cible en matière de vaccination contre le tétanos. Elle a recueilli des réponses auprès de la population de 95 femmes de 15 à 49 ans complètement ou incomplètement vaccinées.

La majorité des personnes sondées savaient qu'il existait un vaccin pour immuniser les femmes contre le tétanos (90%), mais la majorité ne pouvait pas dire à quoi sert la vaccination (78%). Parmi les 22% de femmes qui savaient que la vaccination était nécessaire, 39% (9 femmes sur 21) ne pouvaient pas dire combien il fallait d'injections. En outre, un petit pourcentage de femmes disaient que la

Tableau 4 : Tableau d'obtention de données

Causes du problème	Indicateurs de mesures des causes	Informations nécessaires	Obtension de données					Analyse des données	
			Méthodes	Source	Outil	Qui	Fréquence	Qui	Fréquence
Temps IEC insuffisant	- Nombre de séances par semaine - Temps consacré à la séance	- Nombre de séances VAT - Durée moyenne des séances	Exploitation des documents	Registre	Fiche/ relevé	Inf. SMI	1 fois pour documenter le problème	Inf. SMI	A l'occasion de chaque collecte
Coordination insuffisante entre la SMI et les autres cellules	- Nombre d'occasions manquées	-Nombre de femmes qui devraient être référées par les autres cellules et qui ne l'ont pas été	Dénombrement des femmes (carte, carnet de soins, etc.)	Documents	Fiche/ relevé	Inf. SMI	Tous les jours pour documenter le problème et pour évaluer	Inf. SMI et major	A l'occasion de chaque collecte
Manque de relance	- Nombre de sorties pour relance VAT - Nombre de % des femmes relancées	- Sorties pour relance - Femmes relancées	Exploitation du registre des relances	Registre des relances	Fiche/ relevé	Major	1 fois par semaine	Inf. SMI et major	1 fois par semaine
Rumeurs négatives	- Type de rumeurs - Fréquence des rumeurs	Perception de la VAT par la population cible	Recherche qualitative par groupe de référence et entretien avec la population cible	Population cible	Questionnaire et guide d'entretien	- Equipe - Facilitateur régional et animateur de l'équipe	Une fois pour documenter les causes	- Equipe - Facilitateur régional et animateur de l'équipe	Une fois pour documenter les causes
Oubli et/ou perte de la carte de vaccination	% des femmes ayant oublié ou perdu leur carte	Cartes oubliées ou perdues	Interrogatoire	Population	Relevé	Inf. SMI	1 fois pour documenter les causes et pendant le suivi	1 membre de l'équipe	A l'occasion de chaque collecte

VAT avait des effets secondaires (20%). Enfin, 64% des personnes interrogées ne pouvaient pas dire quels groupes clés de la population ont besoin de cette vaccination.

L'équipe a également organisé un groupe de référence constitué de 10 femmes en âge de procréer afin d'examiner les rumeurs et croyances entourant la VAT. Cet exercice a révélé que la majorité des femmes ne savaient pas qu'il fallait cinq doses, mais la plupart d'entre elles connaissaient la raison de la VAT et savaient quel était le groupe qui devait être vacciné. Une patiente a dit que certaines femmes ne reviennent pas pour compléter la vaccination à cause de réactions locales au point d'injection, toutefois la majorité des femmes ne pouvaient étayer les rumeurs négatives entourant l'utilisation ou les effets de la VAT.

Il y a eu une vérification des différentes hypothèses dans un premier temps par la méthode des «cinq pourquoi». Cet outil simple demande que l'on se pose la question «pourquoi?» cinq fois pour chacune des réponses successives. Une deuxième vérification des causes probables par l'utilisation des données a révélé que les vraies causes étaient : le manque de relances, la coordination insuffisante entre la SMI et les autres postes de travail, et le temps insuffisant consacré à l'IEC/VAT.

Solution

L'équipe a fait un brainstorming et elle a formulé des solutions spécifiques s'attaquant à chacune des causes fondamentales du

problème. Pour sensibiliser et informer la population cible sur l'importance de la VAT, elle a décidé de renforcer l'IEC/VAT par l'organisation de séances programmées.

Pour améliorer la couverture et la continuité de la vaccination, l'équipe a élaboré un programme de sorties/ vaccination dans les agglomérations. L'intégration des relances VAT dans le système de relance du centre de santé permettrait d'améliorer la continuité de la vaccination et de récupérer les femmes dans les délais requis. Finalement, l'instauration d'un système de coordination entre les différentes cellules a servi à impliquer tout le personnel dans les activités de VAT et à éviter des occasions manquées.

Résultats et discussion

A peine six mois après la mise en œuvre de chaque solution, l'équipe a trouvé que les connaissances de la population cible en matière de vaccination contre le tétanos avaient considérablement changé (Tableau 5).

Après la mise en oeuvre de chaque solution, l'équipe a effectué deux évaluations de suivi. Sur 1.165 femmes ciblées, 621 (53%) avaient été vaccinées en octobre 1999. En mai 2000, le centre était en mesure d'en vacciner 215 de plus, soit une augmentation de 18,5%, ce qui portait à 71,1% le pourcentage total des femmes ciblées qui avaient été immunisées.

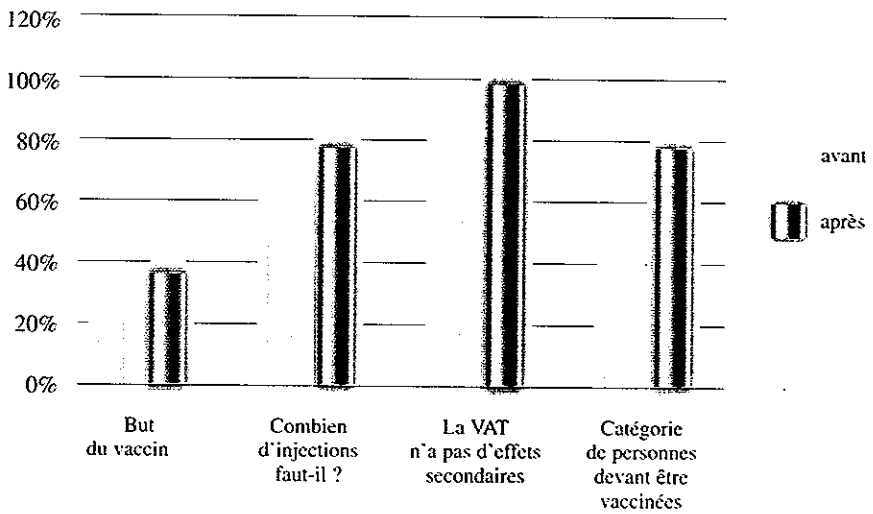
Tableau 5 :
Changement dans les connaissances après 6 mois

Facteur de connaissance	Réponse exacte	
	Avant	Après
But de la vaccination	22%	33%
Combien faut-il de doses ?	61%	75%
La VAT ne se traduit pas par des effets secondaires	80%	98%
Catégories de personnes devant être vaccinées	36%	77%

«J'aime la façon dont nous travaillons maintenant... les normes sont respectées, nous travaillons tous pour un même objectif et les gens partagent de bonnes idées les uns avec les autres sans éprouver de crainte...»

Une infirmière

Figure 2 :
Changement dans les connaissances après 6 mois



Faire participer la population à l'amélioration de la qualité au Centre de santé Talmaklat

Introduction

L'amélioration de la qualité dans les établissements sanitaires est basée sur les besoins de deux catégories de clients : les clients internes, comme le personnel de santé, et les clients externes, comme la population desservie par le centre. L'amélioration de la qualité se base sur les besoins de ces deux catégories de clients mais l'intégration des clients externes à cet effort n'est pas toujours facile.

Membres de l'équipe du Centre de santé Talmaklat

L'intégration du soutien de la communauté passe souvent par une compréhension claire des besoins de celle-ci grâce à la collecte et l'analyse de données, puis en répondant à ses besoins par l'intermédiaire de groupes existants et de responsables communautaires. Le texte suivant met en lumière les succès remportés par l'équipe du Centre de santé Talmaklat pour des améliorations au niveau du centre, tout en se raliant habilement le soutien de la communauté.

Constitution de l'équipe

M'Barek El Ouidali, *animateur*
Houmad Ghouiba, *major*
Abdessadek Nait, chef de secteur
Latifa Gouider, *SMI*
Fatima Jarir, *SMI*
Naima Jorf, *SMI*
Saida Al Ajouadi, *SMI*
Khadija Hachlaf, *SMI*
Zohra Bigui, *EM*
Boualam Bakal, *HSU*
Larbi Gribis, *EM*
Et trois membres non identifiés de la communauté.

Contexte

Le Centre de santé Talmaklat est l'un des cinq centres de santé urbains qui desservent les 728.000 habitants de la province de Taroudant dans la région de Souss-Massa-Drâa. Le centre se trouve à l'intérieur de la médina de Taroudant-Ville et il est fréquenté essentiellement par des petits commerçants, des femmes au foyer et leurs enfants, et des ouvriers occasionnels. Le centre est très animé, accueillant parfois une moyenne de 200 patients par jour. Il offre les services standard que proposent les centres de santé marocains et il disposait d'une équipe mobile active, jusqu'à la panne de son véhicule l'an dernier (1999).

Identification

Après avoir reçu une formation en AQ en 1997, le personnel du Centre de santé

Talmaklat a commencé à travailler ensemble dans le cadre de réunions régulières et à examiner des opportunités en tant qu'équipe pour la première fois. Tout le personnel a participé à un brainstorming et a énoncé plus de 40 possibilités d'amélioration pour le centre, allant de simples problèmes à résoudre, comme le manque de poubelles, au problème plus complexe du faible taux d'utilisation de la contraception parmi la population desservie.

L'équipe a ensuite divisé ses problèmes en trois catégories : personnel, environnement et population, et elle les a classés par ordre d'importance. Pour ce qui est du personnel, le manque de formation continue et les lacunes en matière de supervision étaient des préoccupations majeures. Concernant l'environnement, tant le personnel que les clients se plaignaient régulièrement de l'absence de sanitaires et du fait que l'intimité des femmes n'était pas assurée. A propos de la population qui fréquentait le centre, l'ignorance apparente des femmes concernant l'intérêt des consultations prénatales (CPN) était considérée comme un problème prioritaire de santé à résoudre. L'équipe savait que cela était vrai car 60% des femmes qui étaient vues pour une consultation prénatale ne revenaient pas pour les deux autres consultations requises pour la surveillance de leur grossesse.

Analyse

La formation en AQ avait permis à l'équipe de comprendre que le cycle de résolution de problèmes n'était pas nécessaire pour tous les problèmes mais simplement pour ceux qui nécessitent des données pour déterminer s'il y a eu véritablement des améliorations. En conséquence, pour vérifier si l'ignorance parmi les femmes concernant les CPN était la cause fondamentale du problème, l'équipe a assigné des tâches à ses membres pour recueillir des données de référence sur le problème des CPN.

L'équipe a procédé à un sondage auprès du personnel de l'unité de SMI et de la population cible et elle a trouvé que 63% des femmes pensaient qu'une seule consultation était suffisante pour le suivi de la grossesse. Cela confirmait son hypothèse que les femmes étaient mal informées sur le processus et l'utilité des CPN.

Solutions

L'équipe a décidé de renforcer la formation du personnel en CPN et de faire en sorte que le personnel respecte les procédures de fonctionnement standard en vigueur qui étaient négligées pour la prise en charge des femmes enceintes. Pour évaluer la réussite de ses efforts, elle s'est donné comme objectif de mesurer le nombre de femmes qui étaient venues pour les CPN 1, 2 et 3/nombre de femmes inscrites avant et après la mise en œuvre de ces solutions. En ce qui concerne les inquiétudes à propos de l'environnement du centre de santé, l'équipe s'est employée à établir des contacts avec la communauté et à obtenir le soutien de celle-ci pour la construction d'un bloc sanitaire et l'installation de rideaux pour préserver l'intimité des femmes. Pour le besoin exprimé de davantage de formation, l'équipe a prévu de tenir des séances toutes les deux semaines sur les questions techniques.

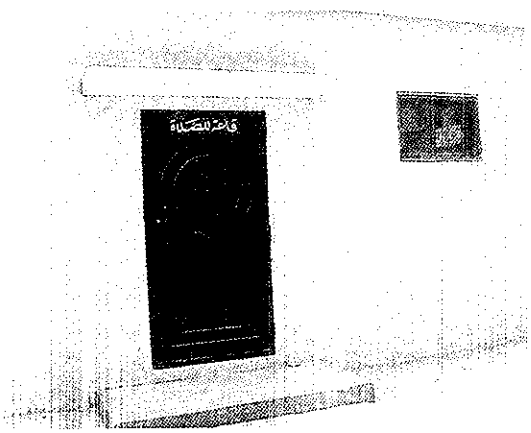
Avec le soutien de délégués d'associations et de responsables de quartiers, le centre a pu faire construire un bloc sanitaire en collaboration avec le conseil municipal de Taroudant. Grâce à cette expérience, l'équipe a suivi la même démarche pour la construction d'un petit garage et d'une mosquée, pour l'installation de bancs dans la salle d'attente, et elle a recruté un nouveau garde pour les week-ends.

Résultats

Pour ce qui est du problème des CPN, six mois après l'application continue des recommandations en la matière, 60% des femmes se présentaient pour les CPN, contre 40% auparavant.

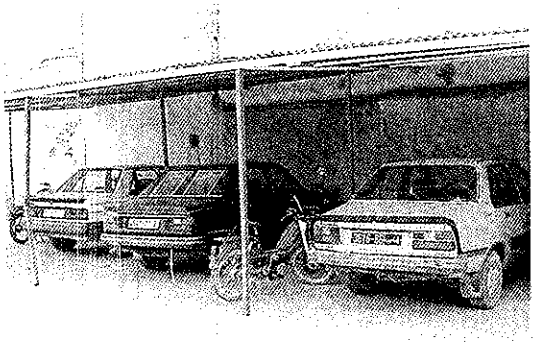
Le personnel était aussi capable de s'attaquer à des questions qui le préoccupaient depuis longtemps, mais qui n'avaient jamais été discutées avant le début des réunions régulières. Il a obtenu des documents pour la LAT et a réorganisé son travail pour pouvoir fonctionner et s'épauler mutuellement par un partage du travail et par une moindre spécialisation. Le respect régulier des horaires de travail du personnel était aussi réaffirmé et un nouveau processus était adopté pour remédier à l'encombrement des femmes devant le CS.

Le succès du centre de santé s'explique en grande partie par les relations continues établies avec les clients externes et sa capacité à tirer des enseignements de ses accomplissements et à les reproduire. Le centre travaille maintenant sur la création d'une association pour les diabétiques qui aidera ces malades à se faire mutuellement des piqûres et à s'occuper les uns des autres. Il tentera bientôt de s'attaquer au problème de la médiocrité de la supervision mentionné par le personnel.



La nouvelle mosquée derrière le centre de santé

Comme un membre du personnel l'a dit: «Nous sommes en paix ici au centre... la communauté et nous-mêmes pouvons vraiment voir une différence.»



Le nouveau garage

S'attaquer aux problèmes d'encombrement dans un contexte à fort volume de prestations au Centre de santé de Sahrij Gnaoua

Introduction

Il est essentiel, dans le choix de solutions, de comprendre les raisons fondamentales pour lesquelles une population cible ne respecte peut-être pas entièrement les mesures de santé. L'expérience suivante du Centre de santé de Sahrij Gnaoua illustre une telle expérience.

Membres de l'équipe

Abdeslam BAKKALI, *médecin-chef*
Lina FIGUIGUI, *médecin*
Amrani MOHAMED, *major*
Abdeslam MANSOURI, *soignant*
Chakih BENHARBIT, *soignant*
Ahmed HATRI, *santé scolaire*
Amina LAAGUILI, *SMI/PF*
Fatima HIJ, *SMI/PF*
Driss JAOUAL, *soignant*

Contexte

Le Centre de santé de Sahrij Gnaoua dessert pratiquement toute la population (75.000 habitants) de la ville de Fès, dans la préfecture de Fès-Médina. Le Centre est très occupé, devant faire face à un afflux quotidien de patients qui viennent de la ville mais également des villages se trouvant en périphérie. Alors qu'il y a plusieurs ASBP, on ne compte que deux médecins et une infirmière au site. Le centre doit prendre en charge un nombre important de cas de maladies infectieuses chez des enfants, ainsi que des hépatites, rougeoles, pneumonies et tuberculoses. Il dispense les mêmes services que tous les autres établissements de ce genre au Maroc : activités curatives, activités préventives et activités promotionnelles.

Le Centre de santé de Sahrij Gnaoua a été choisi comme site pilote d'AQ dans la préfecture de Fès-Médina en 1998. Son personnel a suivi une formation en AQ en avril 1999 et il a achevé son premier cycle de résolution de problèmes en mai 2000. L'équipe d'AQ se réunit tous les mercredi de 17h à 18h.

Identification

Après avoir reçu une formation en AQ, l'équipe a entamé un brainstorming au sujet des problèmes qui existent au centre. Étant donné que le centre reçoit un nombre important de patients tous les jours, certains des problèmes énumérés par l'équipe étaient liés entre eux, comme le problème de la sécurité et celui du désordre au sein de la formation. Comme autres problèmes on peut citer la perte de carnets de soins, l'absence de suivi des malades touchés par le RAA, les injections sans ordonnance, l'insuffisance du dépistage familial autour des malades tuberculeux et les relances sans réponse.

En utilisant une matrice pour classer ses problèmes par ordre de priorité, l'équipe a

ramené la liste à un seul problème pour se concentrer sur une activitié, compte tenu du peu de temps dont elle disposait. Le dépistage familial autour des malades tuberculeux a reçu le score le plus élevé parmi les activités susceptibles d'être améliorées. L'équipe a ensuite défini le problème en écrivant un bref énoncé (Encadré 3).

Encadré 3 : Énoncé du problème

> Il y a une opportunité d'améliorer le dépistage familial dans l'entourage des malades tuberculeux. Le processus commence avec la notification d'un cas et s'achève avec la guérison du patient. Nous savons que c'est un problème car seulement 33% des tuberculeux ont bénéficié d'un dépistage dans leur entourage. Cette situation a des répercussions sur l'incidence de la tuberculose dans la circonscription sanitaire. Le processus sera amélioré quand 100% des cas dépistés auront bénéficié d'un dépistage dans leur entourage.

Analyse

L'équipe a établi une liste d'hypothèses pouvant expliquer le faible taux de dépistage et a estimé qu'il était lié à trois causes principales : 1. l'action d'IEC non développée ; 2. l'absence de réaction au dépistage familial ; et, 3. les fausses adresses.

Afin de vérifier si telles étaient effectivement les causes réelles du problème, l'équipe a collecté des données pour chacune de ces hypothèses. Pour comprendre le niveau de l'IEC parmi la population infectée, l'équipe a fait une enquête auprès des tuberculeux sensibilisés en matière de dépistage. Pour mettre en évidence l'absence de réaction au dépistage familial, elle a exploité les fiches de notification des cas et a calculé le pourcentage des cas de tuberculose n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage familial. A propos des fausses adresses, elle a effectué une visite à domicile (VAD) dans les foyers concernés pour voir le nombre de cas de tuberculeux ayant donné une fausse adresse.

Solutions

Grâce à cette opération de collecte de données, l'équipe s'est rendu compte que les fausses adresses et l'absence de réaction n'étaient pas les causes principales du problème mais que l'absence d'IEC sur l'importance de l'activité était la raison essentielle. Sachant qu'il était trop tard pour les personnes déjà infectées, l'équipe a envoyé sur le terrain un agent de santé tous les après-midi pendant deux mois pour le dépistage des sujets ayant été en contact avec des tuberculeux. Pour ces cas futurs, elle a élaboré une action éducative à mettre en place au centre. Pour vérifier si les solutions ont porté des fruits, elle a recueilli toutes les semaines des données sur le taux de dépistage pendant un an.

Résultats et discussion

Alors que le taux de dépistage était de 33% avant la formation en AQ, il est passé à 80% pendant le déroulement de l'intervention et à 100% par la suite.

Depuis que la mise en œuvre des solutions pour ce problème a été achevée, l'équipe s'est mise à travailler sur d'autres problèmes du centre de santé. Pour elle, la priorité des priorités était le désordre et le nombre excessif de patients qui attendaient pour être pris en charge. L'équipe envisage de s'intéresser à d'autres questions : la faiblesse du taux d'acceptation de la contraception et la sensibilisation des hommes à la planification familiale.

Comme l'a déclaré l'un des membres du personnel, « après avoir achevé le cycle de résolution du problème, nous nous sommes rendu compte de l'importance de résoudre nos propres problèmes. Nous avons pris conscience que pour résoudre tous nos problèmes nous devions tester les raisons pour lesquelles ils se produisaient. Nous sommes maintenant déterminés à agir rapidement pour améliorer la propreté, la surcharge de patients et, sur la base de notre expérience, nous savons exactement ce que nous devons faire par nous-mêmes. »

Améliorer les services en fonction des besoins des clients au Centre de santé El Bassatine

Introduction

Les clients externes sont des personnes ou des groupes qui ne font pas partie du système de prestation de soins mais qui reçoivent directement des services de santé. Dans le contexte du système de santé marocain, les clients externes sont les gens qui se rendent dans les centres de santé pour y utiliser des services (patients) et les personnes au sein de la communauté qui ont besoin des services préventifs ou curatifs mais qui ne vont pas dans les centres (non-utilisateurs). Les clients externes sont la raison-d'être des services dont le but est de répondre à leurs besoins en matière de santé. Pour améliorer la qualité des services, il faut bien connaître ses clients et leurs besoins car la qualité dépend de leurs besoins et de leurs attentes. L'étude de cas présentée met en évidence la démarche suivie avec succès par une équipe pour examiner et cerner les besoins de différentes catégories de clients diabétiques et pour mettre en place des solutions qui répondent aux différents besoins de ce groupe.

Constitution de l'équipe

M. GUENNOU, *médecin*

Touria ANDAM, *IDE*

Karim IDRISSI , *IDE*

Hamane BINZEIDA, *IDE*

Kedija ALLAH, *IDE*

Attika DRIUISH, *IDE*

M. CHNAREN, *IDE*

TILHAWI, *ASB*

HAMID, *animateur*

Dr KANDOUSSI, *co-animateur*

Contexte

Le Centre de santé El Bassatine est l'un des 10 centres de santé qui desservent les 36.000 habitants de la préfecture de Meknès dans la province d'El Menzeh (population de 308.000 habitants). Le centre est situé dans la ville de Meknès et il est fréquenté essentiellement par une population urbaine et périurbaine constituée de fonctionnaires allant des classes inférieures aux classes moyennes, ainsi que leur famille. En plus des prestations qu'offrent habituellement les centres de santé marocains, cet établissement dispose d'une maison d'accouchement de quatre lits. La clientèle desservie souffre essentiellement de pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension et les rhumatismes. Le personnel de l'établissement a suivi une formation en AQ en janvier 1997 et il a ensuite achevé son premier cycle de résolution de problèmes en décembre 1998.

Identification

Après sa formation en AQ, le personnel du Centre de santé El Bassatine s'est mis à travailler ensemble dans le cadre de réunions régulières et, pour la première fois, il a discuté en groupe des possibilités existantes. Tout le personnel a procédé à un brainstorming et a mis en évidence 20 possibilités d'améliorations pouvant être

envisagées. Durant le processus d'évaluation de sa liste, il a reconnu qu'il pourrait résoudre en un minimum de temps certains de ses problèmes tels que le manque d'aménagements. Il a ensuite limité sa liste aux sujets de préoccupation dont l'étude plus approfondie exigeait, selon lui, la collecte de données. Après une hiérarchisation plus poussée de ces problèmes, il ne restait plus que la gestion de la consultation médicale et la gestion des antidiabétiques. Le personnel a choisi de se concentrer sur le deuxième problème car il savait qu'il en résulterait un impact plus important sur la communauté.

Le personnel savait que le traitement des diabétiques était faible étant donné que 115 diabétiques insulinodépendants (DID) avaient été enregistrés au cours de l'année 1996, mais que 34% seulement d'entre eux étaient présentement dotés en insuline. En plus, 66% des patients dotés en insuline ne recevaient pas leur traitement, ce qui risquait d'engendrer d'éventuelles complications et donc d'augmenter le coût de la prise en charge de ces patients.

Le centre espérait porter à 50% en un an le pourcentage de diabétiques traités régulièrement à l'insuline.

Analyse

Utilisant un diagramme de cause-effet et la méthode du brainstorming, le personnel a émis l'hypothèse que l'une des raisons pour lesquelles un si grand nombre de patients insulinodépendants n'étaient pas soignés était le fait qu'une partie des médicaments allait à des mutualistes. Le personnel estimait que ces mutualistes, dont le traitement était déjà subventionné par une forme ou une autre d'assurance-maladie, étaient en mesure de payer leur traitement et qu'il n'était pas justifié de leur donner des médicaments dispensés gratuitement par le centre.

Le personnel supposait aussi que des malades hors-secteur recevaient un certain pourcentage de médicaments alors qu'ils étaient censés s'adresser à d'autres centres.

Étant donné que le centre est souvent en rupture de stock pour le traitement, tant les mutualistes que les malades hors-secteur representaient un souci pour le personnel mais il fallait vérifier la composition exacte de la clientèle pour confirmer cette hypothèse. Pour mieux comprendre la répartition démographique des patients, le personnel a procédé au dépouillement des registres des malades pris en charge pour leur insuline et pour déterminer l'exactitude des adresses des patients. Il a également interrogé des personnes au niveau de la consultation ainsi qu'à domicile. Les 115 patients interrogés se répartissaient ainsi:

- 6 mutualistes ;
- 6 hors-secteur ;
- 27 jeunes actifs ayant moins de 30 ans qui n'étaient pas en mesure d'acheter des médicaments ;
- 56 femmes au foyer qui s'occupaient de leur famille et qui n'avaient aucun revenu ni le temps pour s'occuper de leur traitement ;
- 32 hommes âgés de plus de 30 ans qui avaient un emploi.

Ces chiffres signifiaient que 72% des diabétiques avaient des difficultés à se soigner pour des raisons liées à la précarité de leur emploi, et qu'un quart de la population avait moins de 30 ans. Il n'y avait que 5,2% de mutualistes et 5,2% de malades hors-secteur.

Le personnel posait aussi l'hypothèse que la livraison irrationnelle de médicaments avait épuisé le budget des antidiabétiques. En effet, la même quantité de chaque médicament était commandée tous les mois

alors que les patients avaient besoin de quantités différentes de chaque médicament. Le personnel a analysé cette population et s'est rendu compte que 86% des patients étaient sous ISL, tandis que 19% d'entre eux étaient sous ISL + IO et que 13% étaient sous IPZ. Les commandes des médicaments ne reflétaient pas ces besoins et les ruptures de stock étaient fréquentes.

Sur la base de son analyse, le personnel a décidé que les raisons principales de la faiblesse du taux de traitement étaient les suivantes : le fait qu'il y avait beaucoup de jeunes inactifs, le nombre des mutualistes, le nombre des hors-secteur, et le non-respect des commandes. Il a estimé que ces questions avaient contribué au problème dans des proportions égales. Bien que le nombre de mutualistes et de malades hors-secteur soit plutôt insignifiant, le personnel a malgré tout décidé de s'attaquer à la question, étant donné que l'économie potentielle de médicaments que permettrait l'exclusion de ces patients de la zone de couverture du centre était considérée comme non-négligeable.

Solutions

L'équipe a élaboré cinq solutions qui, à son avis, s'attaqueraient efficacement aux causes du problème. Pour donner la priorité aux jeunes inactifs, elle a décidé de veiller à ce qu'ils reçoivent leur traitement avant le reste de la population insulinodépendante et elle a également entamé une action d'IEC à l'intention de ce groupe. Pour les hors-secteur, l'équipe a institué la pratique de leur demander si le centre était bien celui qui leur avait été assigné. On a par ailleurs demandé aux mutualistes de se procurer leur propre traitement. Pour ce qui est des commandes, l'équipe a réorganisé le système d'approvisionnement en fonction des besoins réels des patients. Elle a décidé par ailleurs que l'autorisation d'une rubrique suffisante pour les antidiabétiques dans le budget contribuerait à atténuer certains problèmes de rupture de stocks. En utilisant une matrice de suivi de la solution, l'équipe s'est fixé des objectifs pour chacun de ces problèmes (Tableau 6).

Résultats

A peine six mois après l'adoption des nouvelles solutions, le pourcentage de diabétiques insulinodépendants recevant de l'insuline avait augmenté de 34% à 70%. Le centre était en mesure d'atteindre en priorité 100% des jeunes inactifs et des cas sociaux. La commande établie était également respectée à 100% puisque désormais le centre recevait toujours ce qu'il avait commandé, à temps et dans des quantités qui correspondaient à la population des patients. Quatre-vingt pour cent des mutualistes se procuraient maintenant leur propre traitement, alors que 100% des malades hors-secteur se rendaient dans le centre qui leur avait été assigné. En outre, le personnel avait pu obtenir une majoration de 7,6% de la rubrique des antidiabétiques par rapport à l'année précédente.

Même en ayant réussi à surpasser son but déclaré qui était d'accroître le nombre des diabétiques enregistrés recevant régulièrement un traitement, l'équipe a malgré tout effectué une analyse des coûts pour montrer aux autorités comment le problème avait un impact sur son budget et comment ses solutions avaient permis de faire des économies.

Le personnel a calculé la consommation journalière, mensuelle, et annuelle en nombre de flacons par malade hors-secteur et par malade mutualiste. Le résultat a été multiplié par les prix unitaires de chaque type d'insuline. Le montant total, soit 5.639,76 Dirhams, a servi à convaincre les autorités des économies associées à la mise en oeuvre des solutions du personnel.

Tableau 6 : Matrice de solution

Situation 1	Indicateur	Période	Taille de l'échantillon	Qui a collecté ?
Accorder la priorité aux jeunes inactifs et cas sociaux	Membres pris en charge/ nombre cas existans	Mensuellement	76% de population cible	Animateur responsable
Respecter la commande établie	Quantité reçue/ quantité prévue	2 mois	Totalité de commande	Animateurs, gestionnaire
Demander aux hors-secteur de se rendre dans leur C/S	Nombre hors-secteur pris en charge au niveau du CS	Continue régulière	Tous diabétiques pris en charge	Gestionnaire
Demander aux mutualistes de se rendre dans leur C/S	Nombre de mutualistes PEC	Continue régulière	Tous diabétiques pris en charge	Gestionnaire
Allouer dans le budget annuel une rubrique suffisante pour les antidiabétiques	% montant alloué par prise en charge au niveau du CS	Annuelle	Enveloppe budgétaire	Médecin-Chef et Major