JSI Maroc
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

# Projet de Gestion Régionale des Services de Santé

## Rapport de Consultation

du 6 au 16 novembre, 2000

Par Bruno Bouchet, URC

Activité P4

Soumis: le 2 décembre 2000

Financé par l'USAID sous le
contrat n°. HRN-I-00-98-00032

A

# TABLE DES MATIERES

ACRONYMES ..... 2
EXECUTIVE SUMMARY ..... 3
RESUME ..... 4
1. INTRODUCTION/HISTORIQUE ..... 5
2. OBJECTIFS ..... 5
3. ACTIVITES ..... 5
4. CONSTATS: ..... 6
5. IDEES DISCUTEES POUR L'UTILISATION REGIONALE DE L'AQ ..... 8
6. RECOMMANDATIONS ..... 12
7. PROCHAINES ETAPES ..... 16
8. ANNEXES ..... 17
ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCES DU CONSULTANT ..... 18
ANNEXE 2 : PROGRAMME DE LA MISSION ..... 19
ANNEXE 3 : PRINCIPES DE LA GESTION DE QUALITE POUR LES EQUIPES REGIONALES ..... 20
ANNEXE 4 : CYCLE DE RESOLUTION DE PROBLEMES EN EQUIPE ..... 21
ANNEXE 5 : METHODE DU MODELE COLLABORATIF ..... 22
ANNEXE 6 : EXEMPLE DE VISION REGIONALE DES ACTIVITES AQ ..... 23
ANNEXE 7 : TABLEAU D'INTEGRATION REGIONALE DES ACTIVITES AQ ..... 24
ANNEXE 8 : CALENDRIER DES ACTIVITES AQ POUR LA PREMIERE ANNEE DE PROGRESS 26
ANNEXE 9 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES ..... 28
ANNEXE 10 : DEFINITION DE TERMES ..... 29

# ACRONYMES

| | |
|---|---|
| AQ | Assurance Qualité |
| CH | Centre Hospitalier |
| DHSA | Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires |
| DP | Direction de la Population |
| GIQua | Gestion Intégrale de la Qualité |
| JSI | John Snow Incorporated |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PF | Planification Familiale |
| PNI | Programme National d'Immunisation |
| Progress | Projet de Gestion Régionale des Services de Santé |
| SMD | Souss-Massa-Drâa |
| SMI | Santé Maternelle et Infantile |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence |
| SR | Santé Reproductive |
| SSB | Soins de Santé de Base |
| SSI | Service de Soins Infirmiers |
| TT | Tanger-Tétouan |
| UGP | Unité de Gestion du Projet |
| UMER | Unité de Mise en Oeuvre de la Réforme |
| URC | University Research Corporation |
| USAID | United States Agency for International Development |
| VAT | Vaccination antitétanique |

## EXECUTIVE SUMMARY

This mission, URC's first for *Progress*, had **2 objectives**:

- Describe the application of QA methods to strengthen the performance of the regional teams;
- Identify quality improvement strategies for reproductive and child health services.

We observed the following **facts**:

- The coverage of health facilities by the GIQua sites is low (1% in SMD, 21% in TT) and unevenly distributed (mostly in the province of Tétouan);
- The 2 regions have a different vision for the integration of QA within their strategic plans: GIQua model for TT, and collaborative model for SMD.

The **main ideas** discussed during this mission are:

- The regional teams would benefit from quality management methods to strengthen their performance;
- The PNAQ conceptual framework allows regions to finalize their vision and activity plan to institutionalize QA;
- The extension of the GIQua model must be continued in provinces that wish to do so;
- The introduction of the collaborative model will strengthen the regional leadership for quality;
- Regions need a pool of QA resource persons;
- Effective communication of SONU standards can benefit from QA methods;
- An integrated supervision system is a good opportunity to fulfill the QA functions, but its sustainability is questionable.

The **main recommendations** are:

- Regions must finalize their visions and action plans to institutionalize QA according to the PNAQ framework;
- Focus the application of QA methods (whatever the model) on compliance with clinical care standards and the measurement of health providers/facilities performance;
- Study the feasibility of regular visits to the health facilities before designing a quality-oriented supervision system;
- Promote exchanges between regions;
- Identify and replicate the best practices to all health facilities.

The **main QA activities** for *Progress* first year are:

- Implement the collaborative model as soon as possible (end of January for SMD);
- Develop job-aids to improve performance with SONU standards;
- Strengthen the quality management capacity of the regional teams;
- Train resource-persons in QA in the regions.

## RESUME


Cette mission, la première de URC pour le Projet *Progress*, avait **2 objectifs** :

- Décrire l'application des méthodes AQ pour le renforcement de la performance des équipes régionales;
- Identifier les stratégies d'amélioration de la qualité des soins et services de santé reproductive et infantile.

**Les constats** sont les suivants :

- La couverture des établissements de santé en sites GIQua est faible (1% pour SMD, 21% pour TT) et inégalement repartie (surtout prédominante dans la province de Tétouan) ;
- Les 2 régions ont une vision différente de l'intégration de l'AQ dans leurs plans stratégiques : modèle GIQua pour TT, modèle collaboratif pour SMD.

Les **idées principales** débattues durant cette mission sont :

- Les équipes régionales bénéficieraient des méthodes de gestion de la qualité pour renforcer leur performance;
- Le modèle conceptuel du PNAQ permet aux régions de finaliser leur vision et plans d'activités pour institutionnaliser l'AQ ;
- L'extension du modèle GIQua doit être poursuivie dans les provinces qui le désirent ;
- Le développement d'un modèle AQ collaboratif renforce plus le rôle de la région dans le leadership pour la qualité ;
- Les régions ont besoin de personnes-ressources en AQ ;
- La communication efficace des normes SONU peut bénéficier des méthodes AQ ;
- Un système intégré de facilitation/supervision est une bonne opportunité pour assumer les fonctions qui ont le plus d'impact sur la qualité des soins, mais sa viabilité est incertaine.

Les **recommandations principales** sont :

- Les régions doivent finaliser leurs visions et plans d'action pour institutionnaliser l'AQ selon le modèle conceptuel du PNAQ ;
- Recentrer l'application des méthodes AQ (quel que soit le modèle) sur l'adhésion aux normes cliniques de soins et mesurer mieux la performance des agents/services;
- Etudier la faisabilité de visites régulières des établissements de santé avant de concevoir un système de supervision de la qualité ;
- Favoriser les échanges entre régions ;
- Identifier et étendre les meilleures pratiques à tous les établissements de santé ;

Les **principales activités AQ** de *Progress* pour la première année sont :

- Mettre en place le modèle collaboratif dès que possible (fin janvier pour SMD) ;
- Développer des aide-mémoires pour améliorer la performance en normes SONU ;
- Renforcer les capacités de gestion de la qualité des équipes régionales ;
- Former des personnes-ressources en AQ dans les régions.

**Projet de Gestion Régionale des Services de Santé**

**Evaluation des Besoins et Planification des Activités d'Assurance Qualité**

## 1. Introduction/Historique

Cette mission est la première de University Research Corporation (URC) dans le cadre du Projet de Gestion Régionale des Services de Santé (*Progress*) financé par l'USAID et exécuté par John Snow Incorporated (JSI). URC apporte un appui technique à ce Projet dans les domaines 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 et Tanger Tétouan. Deux résultats spécifiques sont attendus de *Progress*: 1) ***Les rôles, responsabilités et compétences effectifs sont identifiés, définis et développés entre les niveaux central, régional et provincial*** ; 2) ***Des modèles innovateurs pour améliorer l'accès, l'utilisation, la qualité et l'efficience des services de santé sont développés et testés par les équipes locales***.

Le but de cette mission est de planifier les activités AQ de la première année du Projet en fonction des besoins exprimés par les partenaires.

## 2. Objectifs

Cette mission avait 2 objectifs :

- **Objectif 1 :** Décrire l'application des méthodes AQ pour le renforcement de la performance des équipes régionales;
- **Objectif 2 :** Identifier les stratégies d'amélioration de la qualité des soins et services de santé reproductive et infantile.

Les termes de référence détaillés sont présentés en **Annexe 1**.

## 3. Activites

Les principales activités furent :

- Des réunions de briefing & débriefing avec l'USAID ;
- Des sessions de travail avec l'équipe de JSI ;
- Des rencontres avec les équipes régionales ;
- Des sessions de travail avec les directions centrales de la Population (DP) et des Hôpitaux et Soins Ambulatoires (DHSA) ;
- Des visites d'équipes d'amélioration de la qualité dans 6 établissements de santé ;
- Une revue de documents.

Durant nos rencontres et discussions, nous nous sommes aperçus que le PNAQ est considéré par beaucoup comme étant un programme vertical émanant du niveau

central. Si cette (fausse) impression peut s'expliquer par le nom même du Programme, le document du PNAQ (auquel de nombreux délégués régionaux ont contribué) est avant tout un document de référence qui décrit la stratégie du Ministère pour améliorer la qualité des soins et services de santé par l'institutionnalisation de l'AQ. Le cadre conceptuel représenté par les 8 fonctions peut (et doit) aider les régions à définir leur propre stratégie qualité et à exprimer l'appui attendu du niveau central. Nous avons expliqué largement ce point durant nos réunions, ce qui a contribué à l'atteinte de l'objectif 1 de cette mission.

Par ailleurs, au cours de cette mission, nous avons pu remettre la dernière version du rapport de recherche sur la performance des équipes d'amélioration de la qualité à la DHSA[1], qui a promis d'envoyer ses commentaires prochainement[2]. Les résultats de cette recherche devraient aider les régions dans la définition de leur stratégie de soutien aux équipes de résolution de problèmes, et nous espérons donc avoir l'occasion de les présenter lors d'une prochaine mission.

Le programme détaillé de la mission est présenté en **Annexe 2**.

## 4. CONSTATS:

- **La couverture en sites GIQua des structures de santé** de la région SMD est très faible, comme le montre le tableau suivant :

***Couverture en sites GIQua des structures de Souss-Massa-Drâa***

| Province | # d'établissements de soins de SSB[3] | % de sites GIQua dans les établissements de SSB[4] | # d'hôpitaux publics | # de sites GIQua dans les hôpitaux publics |
|---|---|---|---|---|
| Agadir Ida Outanane | 28 | 2 | 2 | 2 |
| Chtouka Ait Baha | 29 | 0 | 0 | 0 |
| Inezgane Ait Melloul | 10 | 0 | 1 | 0 |
| Ouarzazate | 44 | 0 | 3 | 0 |
| Taroudant | 86 | 1 | 1 | 1 |
| Tiznit | 75 | 0 | 3 | 1 |
| Zagora | 24 | 0 | 1 | 0 |
| **Total** | **296** | **3 (1%)** | **11** | **4** |

[1] Cette recherche a été menée durant la phase V du Project précédent sur les fonds propres du Quality Assurance Project (QAP).

[2] Au moment où ce rapport est finalisé, la DHSA nous a envoyé une note d'approbation du rapport.

[3] Les établissements de SSB sont de différente nature : hôpital local, centre de santé, dispensaire rural. Source : Santé en Chiffres, 1999. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc.

[4] Les établissements de SSB ne possèdent pas tous suffisamment de personnel pour y implanter un site qualité.

- **Dans la région de TT, l'AQ a surtout été implantée dans la province de Tétouan**, mais n'est que très peu présente dans les autres provinces. D'après la base de données informatique mise en place en juillet 2000[5], la couverture des structures de santé en sites GIQua est la suivante :

***Couverture en sites GIQua des structures de Tanger Tétouan***

| Province | # d'établissements de soins de SSB[6] | # (%) de sites GIQua dans les établissements de SSB | # d'hôpitaux publics | # de sites GIQua dans les hôpitaux publics |
|---|---|---|---|---|
| Chefchaouen | 41 | 2 (5%) | 1 | 2 |
| Larache | 19 | 3 (16%) | 2 | 1 |
| Tétouan | 35 | 13 (37%) | 3 | 8 |
| Tanger/Assilah | 16 | 3 (18%) | 5 | 1 |
| Tanger/Fahs-Bni-Makada | 5 | 3 (60%) | 0 | |
| **Total** | **116** | **24 (21%)** | **11** | **12** |

A noter la différence entre l'existence d'un site GIQua (signifiant une équipe formée en résolution de problèmes) et le nombre de cycles de résolution de problèmes bouclés : 17 en tout dans la région de TT, tous dans la province de Tétouan.

- **L'expérience des 2 régions en AQ est différente**, ce qui explique que leur visions pour son institutionnalisation dans les services de santé le soient également. La stratégie d'implantation de l'AQ dans les plans stratégiques régionaux est différente et ces variations doivent être considérées comme le signe que les équipes régionales sont en train de s'approprier le processus de décentralisation. Pour les 2 régions, la qualité des soins est une priorité reconnue et exprimée dans les plans. La non-standardisation des modèles AQ est donc une richesse pour le Projet.

- **Pour la délégation régionale de TT**, la vision consiste à étendre l'approche de résolution de problèmes (GIQua) en équipe à l'ensemble des structures de santé selon les étapes utilisées jusqu'à présent dans la province de Tétouan :
  - Identifier les centres de santé qui ont un bon leadership ;
  - Mettre en place des normes minimales d'accueil et de propreté des locaux ;
  - Introduire la résolution de problèmes en équipe.
  - Appuyer les équipes par un facilitateur externe au début ;
  - Former un facilitateur interne à l'équipe, par la suite (animateur, puis facilitateur) ;
  - Simuler l'intérêt et la demande des autres établissements.

---

[5] Voir rapport de mission de Elisa Knebel.

[6] Les établissements de SSB sont de différente nature : hôpital local, centre de santé, dispensaire rural. Source : Santé en Chiffres, 1999. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc.

L'équipe de TT adhère parfaitement au modèle conceptuel du PNAQ dont elle reprend les principales fonctions dans son plan d'action stratégique.

- **Pour la délégation régionale de SMD**, la vision est moins bien définie car le modèle GIQua leur semble relativement lourd à étendre à tous les établissements et nous avons donc réfléchi avec eux à un autre modèle dit « collaboratif » (voir chapitre suivant).

## 5. IDEES DISCUTEES POUR L'UTILISATION REGIONALE DE L'AQ

Les idées principales qui découlent des constats et influencent directement les recommandations et prochaines étapes sont présentées dans ce chapitre :

- **Le renforcement de la performance des équipes régionales viendra de l'application des 4 principes de la gestion de qualité** dans leur fonctionnement (voir **Annexe 3**). Il n'est pas certain que les équipes régionales fonctionnent actuellement selon les principes de la gestion de qualité et le Projet peut organiser une formation de 5 jours en ce domaine, avec l'aide des facilitateurs locaux.

- **Le besoin d'un modèle plus régional d'amélioration de la qualité est évident**. Le modèle GIQua actuellement en place au Maroc a permis d'obtenir des résultats positifs[7], mais la région souhaite développer un modèle plus adapté à une approche régionale de la qualité des soins. Nous avons proposé un modèle qui répond à cette attente et que l'on peut appeler «modèle collaboratif». Ce modèle, développé par Langley & al[8]. repose sur les principes du changement organisationnel pour une meilleure performance des services de santé. Les deux modèles peuvent se décrire de la manière suivante :

  - Modèle GIQua: Chaque établissement de santé possède une ou plusieurs équipes permanentes d'amélioration de la qualité. Ces équipes utilisent la méthode du cycle de résolution de problèmes en 6 étapes, qui consiste à : identifier le problème, définir le problème, constituer l'équipe, analyser le problème, choisir la solution, mettre en œuvre et vérifier l'impact de la solution. Le cycle de résolution de problème en équipes est représenté en **Annexe 4**.

  - Modèle collaboratif : Un échantillon réduit de structures de santé collaborent dans l'atteinte d'un objectif d'amélioration bien spécifique en testant des changements organisationnels selon une démarche en 3 étapes : définir un objectif qualité, identifier les indicateurs d'amélioration, tester les changements. Les établissements de santé travaillent sur le même problème/objectif d'amélioration, testent chacun des changements différents, et décident de leur institutionnalisation ou non selon l'impact. La méthode du modèle collaboratif est représenté en **Annexe 5**.

---

[7] Voir rapport de mission de Elisa Knebel, Juillet 2000 et les études de cas documentées dans « La Qualité en action (sous impression) », ainsi que le rapport annuel d'activités 1999-2000 du précédent Projet.

[8] The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. Langley, Gerald & al. The Jossey-Bass Business and Management Series. 1996.

Le Tableau suivant compare les deux modèles.

| Modèle | GIQua | Collaboratif |
|---|---|---|
| **Avantages comparatifs du modèle collaboratif** | Chaque équipe travaille sur des problèmes différents | ***Chaque équipe travaille sur le même problème*** |
| | L'impact sur la population de la région est dilué | ***L'impact sur la population de la région est concentré*** |
| | Les leçons apprises par chaque équipe ne sont pas partagées | ***L'impact des changements est partagé entre équipes*** |
| | Une longue formation théorique est nécessaire | ***Une exposition courte à quelques principes suffit*** |
| **Points Communs** | ▪ Le leadership est indispensable à la réussite<br>▪ Les équipes ont besoin d'un appui technique sous forme de facilitation/coaching ou suivi<br>▪ Les outils d'analyse et de prise de décision sont les mêmes<br>▪ Les principes AQ sont les mêmes | |
| **Avantages comparatifs du modèle GIQua** | ***Les équipes choisissent ce sur quoi elles veulent travailler*** | Les équipes visent un objectif commun |
| | ***Chaque équipe travaille à son rythme*** | Les équipes doivent avoir la même productivité |
| | ***Les besoins en information sont relativement limités*** | La mesure des processus de changements et leur impact nécessite beaucoup de données |

Il ne faudrait pas conclure de ce tableau que tel modèle est supérieur à tel autre en toutes circonstances. En fait, le modèle collaboratif « englobe » le modèle GIQua dans la mesure où les améliorations incrémentielles des processus de soins relèvent de l'application d'une méthode d'amélioration de la qualité telle que la résolution de problèmes en équipe (cycle PRVA du modèle collaboratif).

- **Le modèle collaboratif est plus intéressant pour l'équipe régionale de SMD** pour les raisons suivantes :
  - La région contrôle mieux le processus d'amélioration dans la mesure où les leaders choisissent le système de soins (ou service) à améliorer ;
  - L'équipe régionale s'implique totalement dans le processus d'amélioration car elle guide la collaboration entre équipes ;

- Le modèle collaboratif développe les capacités de l'équipe régionale dans l'application d'une gestion de qualité qui l'aidera à assumer ses autres fonctions (voir objectif 1 de cette mission).
- Avec l'application du modèle collaboratif, la couverture qualité des établissements de santé sera désormais évaluée par l'adoption des améliorations et non plus uniquement par la présence d'une équipe de résolution de problèmes.
- L'impact des changements est testé sur un petit nombre d'établissements et, si satisfaisant, devient la norme à mettre en place dans tous les établissements. Ces derniers n'ont donc pas à « réinventer la roue ».

- **L'extension du modèle GIQua reste une option pertinente, mais qui doit relever trois défis**, à débattre donc dans les régions et spécialement TT qui en a fait sa stratégie :
  - La capacité de la région à étendre le modèle GIQua à l'ensemble des établissements de santé répondant à leurs critères d'éligibilité. La couverture en sites GIQua reste faible dans la région, ce qui montre que la simple extension du modèle précédent prendra encore plusieurs années. Par ailleurs, ce modèle nécessite à la fois une formation en résolution de problèmes (5 à 10 jours) et une facilitation soutenue. Ces besoins nécessitent la présence d'au moins 1 personne temps-plein par province pour chaque 5 sites[9].
  - L'utilisation de l'expérience de la province de Tétouan comme valeur ajoutée pour les autres provinces. Comment, en pratique, peut-on faire bénéficier tous les établissements de santé des améliorations obtenues par les autres lors d'un cycle de résolution de problèmes, au lieu que les meilleures pratiques ainsi identifiées soient redécouvertes à chaque fois par des équipes nouvelles travaillant sur le même problème ?
  - La concentration des thèmes choisis par les équipes sur la performance clinique des agents/services. L'analyse des cycles de résolution de problèmes dans la province de Tétouan montre beaucoup de résultats positifs, mais les équipes se sont surtout concentrées sur les problèmes de couverture et d'utilisation, et moins sur l'adhésion aux normes cliniques de soins. Une des raisons est que le choix du problème est laissé à l'appréciation des équipes ce qui introduit un élément subjectif.

- **La région doit posséder ses personnes-ressources en AQ.** Le système de facilitation actuel des équipes doit être (re)pensé. En effet, nous savons que toute équipe a besoin de l'appui d'une personne-ressource, le plus souvent externe, formée en techniques de facilitation (coaching) et compétente dans une démarche d'amélioration de la qualité. Ce coach doit être disponible à tout moment pour répondre aux besoins de l'équipe, ce qui a posé des problèmes dans le passé car un nombre insuffisant de coaches et leur localisation concentrée dans quelques provinces n'ont pas permis d'étendre les équipes à beaucoup d'établissements de santé. En fait, ce dont la région a besoin est un

[9] Estimation basée sur 2 visites de facilitation par étape du cycle pour des équipes se réunissant chaque semaine.

pool de coaches répartis équitablement selon les provinces et le plus près possible des équipes d'amélioration de la qualité. L'idée d'avoir 2 coaches par province est acceptée par la région, d'autant que cette personne-ressource peut utiliser ses talents de facilitateur pour les autres activités de l'équipe régionale (facilitation de réunions).

- **L'AQ peut augmenter l'efficacité des formations en normes de soins**. Les régions sont en train de planifier la formation du personnel de santé dans les standards de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence[10] (SONU). Dans une approche AQ, ceci revient à définir une stratégie efficace de communication des normes qui se traduise par une augmentation des performances en situation de travail réelle. Dans la mesure où l'adhésion aux nouvelles normes implique un changement des pratiques cliniques, leur communication efficace va au-delà d'une simple formation dans le contenu même de la prestation. De nombreuses études ont montre qu'après une formation, le personnel de santé acquiert des compétences qui ne se traduisent pas forcement par une meilleure performance. En fait, la performance a tendance à revenir à son niveau avant la formation. La région a exprimé le besoin d'utiliser l'AQ pour permettre aux formations d'avoir non seulement un impact sur la compétence des prestataires de soins, mais également sur le maintien d'une performance clinique après la période de formation. Il s'agit d'un problème prioritaire car les formations consomment beaucoup de ressources et une revue récente de la littérature[11] a mis en évidence les points suivants :

  - La simple dissémination des standards n'est pas suffisante, elle doit être combinée avec une stratégie de mise en œuvre appropriée qui soutient activement le processus de changement ;
  - Un programme éducatif utilisant toute la gamme des techniques de communication est nécessaire pour guider le changement comportemental ; Des interventions multiples sont plus efficaces qu'une intervention unique ;
  - Les activités de communication des standards comprennent le développement de description de poste, le développement d'aide-mémoires, la conduite de programmes de formation, des conférences ou présentations informelles des nouvelles procédures, la formation juste à temps lors des activités de supervision, et l'information des prestataires par des annonces administratives ;
  - Deux types d'information doivent être communiqués : le standard lui-même et des informations à son sujet (pourquoi c'est un meilleur standard, comment l'appliquer, etc.).

  On le voit, l'AQ peut apporter sa contribution à une communication efficace des standards avant, pendant et après la formation elle-même :

  - Avant : Dans l'élaboration du plan de formation, intégrer des activités relatives à l'application des normes en situation réelle, par exemple un

---

[10] Standards des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU). Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction de la Population. Juillet 2000.

[11] Communication of Standards. Issues Paper Series. DRAFT. The Quality Assurance Project. University Research Corporation. Bethesda, USA. 2000.

exercice de développement et utilisation d'aide-mémoires, et d'indicateurs de performance pour auto-évaluation, etc.

- Pendant : Apprendre à utiliser les guides cliniques (algorithmes, documents de référence de la formation), remplir les dossiers médicaux, utiliser des aides-mémoires, auto-évaluer sa performance, évaluation de l'adhésion aux normes par l'encadrant, etc.
- Après : Suivre et appuyer les transformations organisationnelles pour permettre de maintenir la performance des services par rapport aux normes. Ceci implique l'utilisation de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité, soutenues par des visites régulières de « supervision/facilitation ».

- **Les objectifs qualité des régions sont trop souvent limités aux problèmes d'accès aux soins,** sur lesquels l'AQ peut n'avoir qu'un faible impact. Il faut étendre les objectifs qualité de la région à la performance clinique des services. Il est improbable qu'une augmentation de la couverture de la population-cible et de l'utilisation des services suffisent à elles seules à améliorer l'état de santé de la population, sans une plus grande adhésion des services aux normes de soins. La performance clinique se justifie d'elle-même, mais influence également la demande de la population pour les services et permet donc d'augmenter (en principe) leur utilisation. Le plan d'action de la région de SMD pour l'année 2001 accorde la priorité aux indicateurs d'utilisation des services de santé, et moins à l'amélioration intrinsèque de la qualité des services en termes d'adhésion aux normes de soins. L'approche collaborative précédemment exposée permettra d'inclure des mesures de performance clinique des services de santé par rapport aux normes de soins en recentrant l'objectif qualité sur un problème clinique pour lequel existent des normes de prise en charge.

- **C'est le système de soins dans son ensemble qui est amélioré par une approche AQ.** Il faut inclure toutes les composantes du secteur santé dans les efforts d'amélioration de la qualité. Au Maroc, comme ailleurs, l'approche GIQua a été plus souvent implantée dans les services ambulatoires que dans les hôpitaux. Les raisons en sont nombreuses (complexité de la structure hospitalière, médecins plus difficiles à convaincre, difficultés à libérer un personnel en nombre insuffisant, etc....). Dans la mesure où les objectifs de *Progress* concernent des thèmes cliniques (soins aux enfants et femmes en âge de procréer), il est indispensable d'inclure tous les niveaux du système de santé qui contribuent aux soins : communautaires, ambulatoires et hospitaliers. Par exemple, l'amélioration du système de soins destinée à diminuer la mortalité maternelle passe obligatoirement par des interventions aux 3 niveaux sus-cités pour lesquels des normes peuvent être définies.

## 6. Recommandations

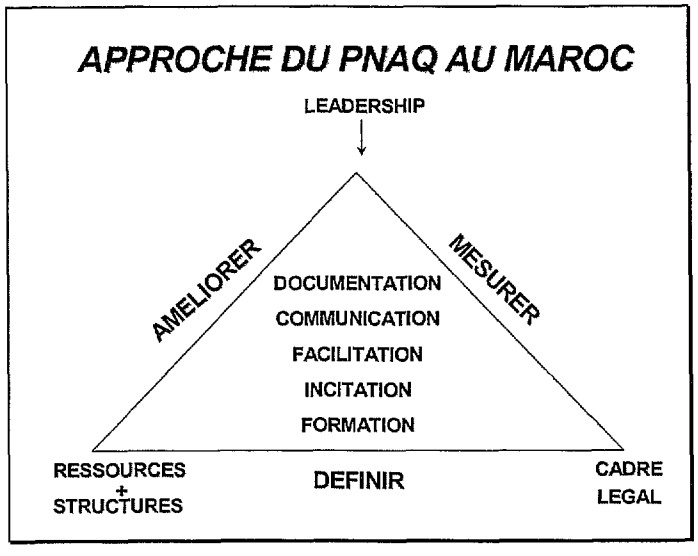
Les recommandations principales sont les suivantes :

- **Chaque région doit avoir une vision claire** de l'intégration des méthodes AQ dans les 2 régions au terme de *Progress*. Il n'est pas nécessaire que les visions des deux régions soient identiques, ni leurs stratégies pour y arriver, mais il est indispensable que les régions puissent décrire le « système AQ » intégré dans

leur fonctionnement. **L'Annexe 6** propose un exemple de vision qui doit être discutée et finalisée par les 2 régions.

- **Le cadre conceptuel du PNAQ** (voir schéma ci-après) **doit guider l'intégration de l'AQ dans les plans d'action régionaux**. Ceci implique de réfléchir à la manière dont les régions vont remplir les fonctions qui assurent l'institutionnalisation de l'AQ et de définir leur rôle par rapport aux autres niveaux :
  - Central, dont l'appui aux régions est ainsi défini ;
  - Provincial, dont le soutien attendu de la région est ainsi défini.

**L'annexe 7** propose un tableau d'activités des différents niveaux pour la mise en place des fonctions AQ qui vont aider spécifiquement au succès de Progress. Ce tableau doit être étudié, modifié et finalisée par les régions pour répondre à leurs attentes.




- **Continuer à soutenir les régions/provinces qui veulent étendre le modèle GIQua** à leurs établissements de santé, mais à 5 conditions :
  - Que les équipes des établissements de santé manifestent un intérêt dans l'approche avec l'engagement du leader ;
  - Que les équipes puissent avoir recours à un facilitateur externe au site, fréquemment au début ;
  - Que le nombre de personnel soit suffisamment important pour permettre une dynamique d'équipe (au moins 3 personnels, voire 5) ;
  - Que les équipes soient guidées dans le choix des problèmes cliniques prioritaires ;
  - Que les améliorations constatées par une équipe soient transmises aux autres afin de gagner du temps et d'en augmenter l'impact sur la population.

- **Mettre en place le modèle collaboratif** selon les étapes suivantes :
  - Préciser les sujets cliniques à améliorer, à partir des thèmes généraux de *Progress* ;
  - Communiquer les objectifs d'amélioration et la logique du modèle aux structures de santé ;
  - Identifier les unités cliniques qui vont travailler ensemble sur ces sujets ;
  - Constituer l'équipe de direction du projet d'amélioration ;
  - Mettre en place un système de monitorage de la qualité des soins ;
  - Tester l'impact des changements dans chaque unité de soins.

- **Recentrer l'application des méthodes AQ sur l'adhésion aux normes cliniques** de soins SONU, PF et PCIME. Jusqu'à présent, les équipes GIQua ont concentré leurs efforts sur des taux de couverture et d'utilisation. Quel que soit le modèle choisi par les régions, la diffusion des normes cliniques de soins peut bénéficier des méthodes AQ pour augmenter l'adhésion des services aux nouvelles normes de prise en charge. Pour ce faire, la région doit s'impliquer plus dans le choix des problèmes de qualité à traiter, c'est à dire guider les équipes à choisir parmi une liste prédéterminée qui correspond aux problèmes prioritaires de la santé reproductive et SMI.

- **Privilégier la formation juste à temps et sur le tas**. Il n'est pas nécessaire de former tout le personnel à l'AQ, voire d'organiser des programmes de formation lourds pour obtenir des résultats. Dans la mesure où on peut obtenir des résultats en guidant les équipes, il est plus efficient d'avoir des personnes-ressources capables de faciliter des projets d'amélioration de la qualité que de former tous les membres d'une équipe. Le séminaire de formation comme préalable à toute amélioration est un mythe. Les équipes dans les établissements de santé apprendront l'approche AQ en l'appliquant et quelques principes de travail devraient suffire.

- **Mesurer mieux les performances des services et agents** si l'on veut démontrer que la qualité s'est améliorée. Les outils AQ, tels que le diagramme fréquence-temps (run chart) permettent de suivre régulièrement l'impact des interventions sur la qualité des soins et services de santé. Ces outils ont été sous-utilisés jusqu'à présent, alors que tous les établissements de santé que nous avons visité les utilisent déjà pour le monitorage de la performance de certains programmes (couverture PNI, VAT, PF, etc.)

- **Développer des outils d'adhésion aux normes**. Un besoin prioritaire qui a émergé de nos discussions est le développement d'aide-mémoires[12] spécifiques d'un sujet clinique. En effet, après communication des normes de soins, le personnel se trouve confronté au défi de les appliquer dans son travail quotidien. Les aides-mémoires sont des instructions qui aident le personnel à exécuter les

---

[12] Un aide-mémoire est tout document écrit qui rappelle au prestataire de soins les normes de soins et que ce dernier utilise durant la prestation même. Exemple : partogramme, dossier médical spécifique d'une pathologie, fiche PSGA, fiche PCIME, fiches de conduites à tenir/procédures, affiches, posters, etc.

tâches correctement. Ces documents peuvent prendre la forme d'un dossier médical sur lequel les personnels de santé décrivent les processus de soins, permettant ainsi d'augmenter et de vérifier l'adhésion aux normes. Les besoins précis en ce domaine n'ont pas été identifiés, mais cette intervention serait très bénéfique pour capitaliser les activités de formation en normes SONU. Le développement d'aide-mémoires est un domaine bien spécifique et le Projet pourrait utilement bâtir la capacité locale en ce domaine.

- **Développer un modèle de supervision facilitative orientée vers la qualité des soins**. Des visites régulières d'appui aux établissements de SSB permettraient d'appliquer 5 fonctions essentielles de l'AQ : rappel des normes de soins, mesure de la performance clinique, facilitation d'équipe, formation juste à temps en techniques AQ, motivation des équipes. Néanmoins, un tel système se heurte à des contraintes logistiques et avant de travailler sur le contenu même de la supervision, il convient de s'assurer qu'un certain nombre de préalables sont en place qui garantissent la faisabilité de visites régulières:
  - La supervision est reconnue comme une priorité par la région ;
  - La région et les provinces ont un budget pour des visites de supervision ;
  - La supervision est faisable sur le plan logistique.

- **Aider les régions à exprimer leurs besoins et attentes au niveau central**. Les régions ont actuellement du mal à identifier les besoins en AQ qui seront satisfaits par le niveau central. Toutes les directions du niveau central devraient décrire leurs capacités d'appuyer les régions afin que ces dernières sachent où s'adresser en cas de besoin. Encore une fois, le modèle du PNAQ devrait aider à exprimer ces capacités.

- **Favoriser les échanges entre les 2 régions**. Il est important que chaque région apprenne de l'autre, d'autant qu'elles adoptent des démarches AQ différentes. Un représentant de chaque région devrait assister aux évènements AQ principaux concernant l'autre région. Ainsi, lors du lancement du modèle collaboratif a SMD, il serait très bénéfique qu'un membre de l'équipe régionale de TT y assiste.

**Autres recommandations non liées directement aux objectifs de cette mission:**

- La gestion des ressources humaines. Le Projet a un rôle à jouer dans l'amélioration de la gestion des ressources humaines et URC peut apporter sa contribution en ce domaine. Il s'agit d'une priorité pour les régions, mais elle implique une étroite collaboration avec le niveau central qui gère actuellement le personnel de santé. Notre appui à ce stade semble prématuré et nous préférons attendre que le Projet identifie mieux les besoins.Les indicateurs de performance de Progress. Les indicateurs de qualité clinique des soins font partie intégrante du processus d'amélioration. Nous avons discuté également de la meilleure manière pour les régions d'obtenir des informations sur la satisfaction des clients, en sachant que les enquêtes classiques sont soit non fiables (entrevues à la sortie) soit trop lourdes à organiser (groupes de discussion dirigée à domicile) et que le taux

d'utilisation n'est qu'un proxy difficile à interpréter. En pratique, il a été décidé de continuer à réfléchir à cet aspect de notre Projet.

## 7. Prochaines etapes

Un calendrier des activités Assurance Qualité de Progress est proposé en **Annexe 8** pour l'année 2001. Le processus actuel de décentralisation est extrêmement dynamique est-il ni réaliste ni souhaitable de micro-planifier les activités AQ en détails sur les 3 années du Projet. C'est pourquoi le calendrier proposé ne présente que les grandes étapes des activités AQ pour la première année. Pour des raisons « didactiques », les responsabilités de chaque partenaire sont listées afin d'adhérer à la dynamique des régions à l'esprit décentralisateur de Progress. Il va de soi que toutes les activités contribuent à bâtir les capacités locales en AQ et à assurer la pérennité de l'impact.

Responsabilités de URC

Ces responsabilités décrivent les activités pour lesquels l'appui technique de URC est nécessaire.

- Former les équipes régionales aux principes de gestion de la qualité ;
- Mettre en place le modèle collaboratif ;
- Former 2 coaches par province ;
- Planifier l'application de l'AQ aux formations en normes de soins SONU (communication efficace des standards) de manière à maintenir des performances optimales ;
- Développer des aides-mémoires pour normes SONU ;
- Réfléchir à une stratégie de diffusion des meilleures pratiques ;
- Envoyer du matériel sur l'AQ aux régions.

Responsabilités des équipes régionales (avec l'appui technique des coordinateurs de Progress)

Ces responsabilités décrivent les activités que les régions peuvent entreprendre d'elles-mêmes, et leur donnent ainsi le leadership dans les activités AQ.

- Finaliser leur vision d'un système AQ intégré ;
- Finaliser les activités AQ à inclure dans les plans d'action des régions selon les fonctions du PNAQ ; L'équipe régionale doit donc décider de ses priorités par rapport aux activités suggérées en annexe 7.
- Préparer l'introduction du modèle collaboratif par les 3 activités suivantes :
  - Collecter des données sur les problèmes cliniques les plus importants pour identifier les sujets des améliorations de la qualité parmi les domaines prioritaires (SMI et SR) ;
  - Sélectionner les sujets d'amélioration selon les critères suivants : i) il existe des normes de soins cliniques (SONU, PF ou PCIME) ; ii) 1 sujet par

domaine prioritaire ; iii) les données suggèrent qu'il s'agit d'un problème fréquent et/ou grave et/ou source d'erreurs dans la prise en charge ;

- Identifier un échantillon d' établissements concernés (environ 5 ambulatoires et hospitaliers) pour chaque sujet identifié ;

➢ Planifier l'extension du modèle GIQua selon les étapes suivantes : i) identifier les sites à potentiel de réussite ; ii) planifier la formation des équipes en résolution de problèmes ; iii) planifier les visites de facilitation ;

➢ Planifier la formation de facilitateurs provinciaux ;

➢ Recenser les meilleures pratiques[13] de fonctionnement pour les centres de santé et hôpitaux, en vue de les diffuser à tous ;

➢ Re-centrer les sujets à améliorer ( et principalement du cycle de résolution de problèmes) sur des thèmes cliniques ;

➢ Recenser les aides-mémoires existants dans les services de soins et développés par les programmes ;

➢ Etudier la faisabilité de visites régulières de « supervision ».

Responsabilités du niveau central

➢ Le groupe de travail de Progress devrait préparer un document décrivant leur expertise spécifique (y compris en AQ) afin de permettre aux régions de demander leur appui de manière appropriée.

➢ La cellule de Gestion de la Qualité doit identifier ses besoins dans le domaine des compétences à acquérir pour pouvoir répondre aux besoins des régions.

## 8. Annexes

**Annexe 1** : Termes de référence

**Annexe 2** : Programme de la mission

**Annexe 3** : Principes de la gestion de qualité pour les équipes régionales

**Annexe 4** : Cycle de résolution de problèmes en équipe

**Annexe 5** : Méthode du modèle collaboratif

**Annexe 6** : Exemple de vision pour une AQ intégrée

**Annexe 7** : Tableau d'intégration régionale des activités AQ

**Annexe 8** : Calendrier des activités AQ pour la première année de Progress

**Annexe 9** : Liste des personnes rencontrées

**Annexe 10** : Définition de termes

---

[13] Une meilleure pratique est définie par une stratégie développée avec succès par une équipe pour améliorer la qualité des soins.

# ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCES DU CONSULTANT

**Introduction:**

Dans le cadre de l'assistance de l'USAID au secteur santé Marocain, le Projet suscité a prévu de proposer l'utilisation de 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). Le PNAQ représente un cadre institutionnel dans lequel la performance des services de santé, et donc les améliorations de l'état de santé de la population marocaine, dépend étroitement de la capacité des régions à appliquer l'Assurance Qualité.

Les régions peuvent bénéficier de l'Assurance Qualité de deux manières :

1. Dans l'application des principes de gestion de la qualité pour renforcer la performance des équipes régionales de direction ; et
2. Dans la mise en place des changements systémiques nécessaires à une amélioration de la prestation de soins conformément à des normes cliniques de qualité.

Le but de cette mission de consultation est d'aider les équipes régionales à définir les applications des méthodes AQ pour l'atteinte de leurs objectifs santé prioritaires.

**Objectifs de la consultation:**

Le Consultant planifiera les activités AQ du Projet conjointement avec les équipes régionales de Tétouan-Tanger et Souss-Massa-Drâa, et avec l'appui de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoire et de la Direction de la Population. Le produit de cette consultation sera un document décrivant les activités AQ à entreprendre par les régions pour améliorer la performance des services, et les besoins en assistance technique pour augmenter la capacité régionale à utiliser les méthodes AQ. Ce document présentera l'intégration des activités « qualité » dans les plans régionaux d'activités et dans le plan d'action général du Projet.

**Tâches spécifiques:**

Le Consultant devra:

1. Organiser des séances de travail avec tous les partenaires impliqués dans la gestion régionale des services de santé;
2. Décrire l'application des méthodes AQ dans la gestion quotidienne des services par les équipes régionales;
3. Identifier les stratégies d'application des méthodes AQ en réponse aux besoins en santé de la population et conformément aux objectifs prioritaires du Projet;
4. Préparer et présenter un rapport préliminaire de consultation dans une réunion de synthèse rassemblant les représentants du Ministère de la Santé et de l'USAID ;
5. Finaliser et soumettre le rapport au plus tard deux semaines après la fin de la mission (document édité sur papier avec une copie sur disquette).

# ANNEXE 2 : PROGRAMME DE LA MISSION

| DIMANCHE | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **5 Novembre**<br><br>Départ de Washington - 5:45 pm . | **6**<br><br>Arrivée à Rabat – 11:40 am<br><br>*Nuit à Rabat* | **7**<br><br>▪ Réunion avec JSI<br>▪ Briefing avec USAID<br>▪ Planification des visites régionales<br>▪ Rencontre avec la DP<br><br>*Nuit à Rabat* | **8**<br><br>▪ Réunion avec la DHSA<br>▪ Réunion avec l'UMER<br>▪ Planification des visites régionales<br><br>*Nuit à Rabat* | **9**<br><br>▪ Déplacement à Agadir<br>▪ Briefing avec l'équipe régionale SMD<br>▪ Visites de sites qualité : hôpital et CS urbain de Taroudant<br>▪ Réunion avec la délégation provinciale de Taroudant<br><br>*Nuit à Agadir* | **10**<br><br>▪ Visite du Centre de Santé urbain d'Agadir<br>▪ Débriefing avec l'équipe régionale<br>▪ Réunion avec le coordonnateur de JSI<br>▪ Retour sur Rabat<br><br>*Nuit à Rabat* | **11**<br><br>▪ Rédaction du rapport de mission<br>▪ Dîner chez le Chef de Projet<br><br>*Nuit à Rabat* |
| **12**<br><br>▪ Rédaction du rapport de mission<br><br>*Nuit à Rabat* | **13**<br><br>▪ Départ pour Tanger<br>▪ Visite de l'hôpital Ksar El Kebir<br>▪ Rencontre avec la délégation régionale de TT<br>▪ Visite du CS de Mhaneh<br>▪ Visite de l'hôpital de Tanger<br><br>*Nuit à Tanger* | **14**<br><br>▪ Atelier de planification stratégique de TT<br><br>*Nuit à Rabat* | **15**<br><br>▪ Rédaction du rapport de mission<br><br>*Nuit à Rabat* | **16**<br><br>▪ Réunion de UGP<br>▪ Réunion avec la DHSA<br><br>*Nuit à Rabat* | **17**<br><br>• Débriefing à l'USAID<br><br>Départ de Rabat : 12 :30 pm<br><br>*Nuit à Paris* | **18**<br><br>*Nuit à Paris* |
| **19**<br><br>Arrivée à Washington 3:40 pm | | | | | | |

# ANNEXE 3 : PRINCIPES DE LA GESTION DE QUALITE POUR LES EQUIPES REGIONALES

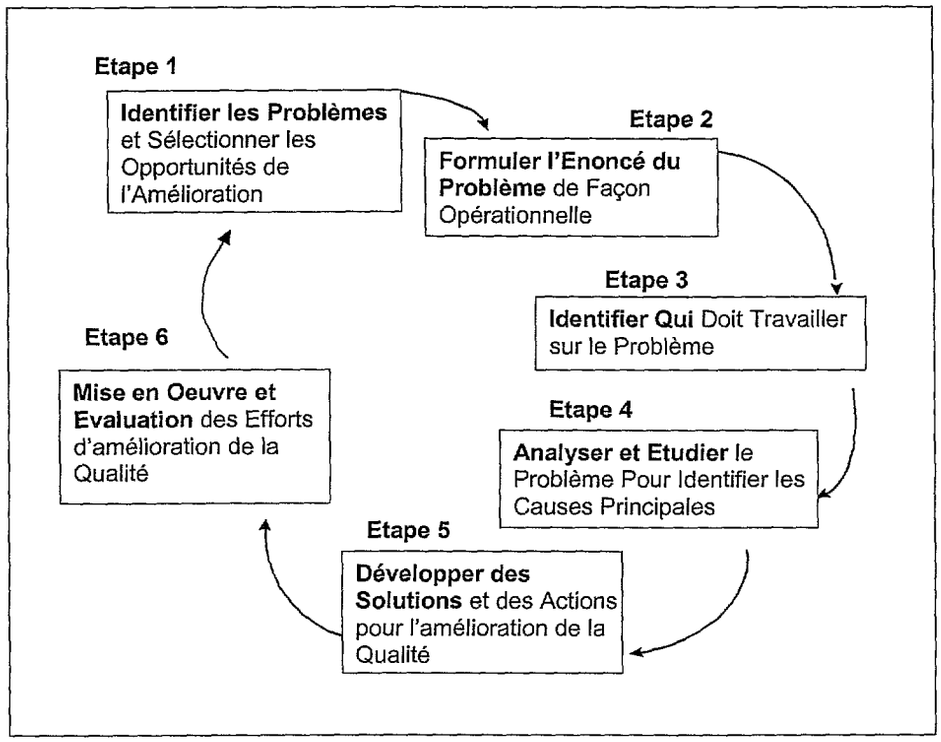
- **Le travail en équipe**. Il existe des critères de travail d'une équipe qui la différencie d'une simple réunion d'un groupe : distribution des rôles des membres, organisation des réunions, normes de travail, rétro-information efficace, facilitation, etc. Il n'est pas certain que les membres de l'équipe régionale connaissent les règles du travail en équipe, car ce sont surtout les équipes de résolution de problèmes dans les établissements de santé qui ont été exposées à ces concepts lors de la phase précédente du Projet.

- **L'utilisation de données pour la prise de décision.** La gestion quotidienne du niveau régional de soins requiert de prendre de multiples décisions. Toute décision ne nécessite pas une enquête préalable, mais les plans d'action doivent être guidés par l'analyse de données liées aux objectifs à atteindre. Le SNIS est une source de données importantes, et le Projet va contribuer grandement à son développement et son utilisation. Pour ce qui concerne la qualité des soins, le monitorage d'indicateurs clés fait partie intégrante du processus d'amélioration. Etant donné que les indicateurs d'adhésion aux normes de soins ne sont pas collectés par le SNIS, la région va devoir réfléchir aux opportunités de mesurer la qualité sans pour autant développer un système de monitorage spécifique, lourd et parallèle. Les visites de supervision représentent une bonne opportunité de collecte de données, dans la mesure où elles ont lieu régulièrement.

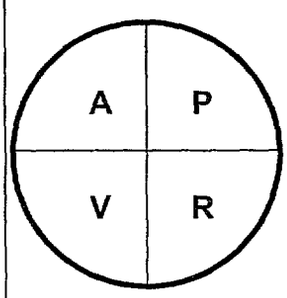
- **L'analyse des systèmes et processus de soins.** Dans la mesure où les causes principales de dysfonctionnement viennent des processus et non pas des personnels, toute amélioration de la qualité des soins et services de santé va nécessiter l'utilisation d'outils d'analyse du système. L'équipe régionale devrait être familière avec ces outils.

- **La satisfaction des clients** du système de santé, à la fois internes (personnels de santé) et externes (patients). Il est important d'établir un mécanisme de connaissance et de prise en considération des besoins et attentes des clients du système dans tout processus d'amélioration de la qualité.

# ANNEXE 4 : CYCLE DE RESOLUTION DE PROBLEMES EN EQUIPE



# ANNEXE 5 : MÉTHODE DU MODÈLE COLLABORATIF

| **Etapes du Modèle Collaboratif** | | **Résultats attendus de chaque étape** | ***Exemple*** |
|---|---|---|---|
| 1. Que cherchons-nous à améliorer ? | | But | *Meilleure prise en charge des femmes enceintes présentant une hypertension* |
| 2. Comment saurons-nous qu'un changement mène à une amélioration ? | | Indicateurs d'amélioration | ▪ *Patientes qui meurent des conséquences d'une toxémie gravidique*<br>▪ *Taux d'hospitalisation pour toxémie gravidique* |
| 3. Quels changements pouvons nous effectuer qui résulteront en une amélioration ? | | Sélection des changements | ▪ *Utilisation de guides cliniques*<br>▪ *Surveillance ambulatoire rapprochée* |
| 4. Cycle de Shewhart pour tester les améliorations<br>  | **P**lanifier le changement | Plan de mise en application des changements | ▪ *Développer des normes et aides-mémoire*<br>▪ *Evaluer les capacités des centres de santé* |
| | **R**éaliser le changement | Mise en application des changements | ▪ *Equiper et former les personnels*<br>▪ *Utiliser les guides cliniques* |
| | **V**érifier l'impact du changement | Effet des changements sur les indicateurs d'amélioration | *Collecter les données pour le calcul des indicateurs Monitorage des tendances* |
| | **A**gir selon les résultats | Décision prise concernant les changements | *Analyser l'impact des solutions et décider d'adopter les changements et de les étendre ou de les abandonner* |
| 5. Comment assurons-nous la pérennité des changements efficaces ? | | Durabilité des changements | *Monitorage continu d'un nombre réduit d'indicateurs* |
| 6. Comment assurons-nous la diffusion des changements ? | | Etendue des changements à d'autres structures | *Les solutions efficaces deviennent la norme pour tous les établissements* |

# ANNEXE 6 : EXEMPLE DE VISION REGIONALE DES ACTIVITES AQ

Au terme des 3 années du Projet de Gestion Régionale des Services de Santé, les régions de Souss-Massa-Drâa et Tanger-Tétouan auront réussi l'institutionnalisation de l'assurance qualité dans le système de santé. Elles auront développé un système où les activités d'assurance qualité sont intégrées dans le fonctionnement quotidien des structures régionales publiques de gestion et de prestations des soins. On pourra décrire plus spécifiquement ce système de la manière suivante :

- Dans chaque établissement de santé de taille suffisante, une équipe utilisera une méthode de résolution de problème pour améliorer la qualité des soins par rapport aux normes cliniques de PF, SONU et PCIME, ainsi que la couverture et l'utilisation des services par la population cible ;
- La délégation régionale aura mis en place avec succès des interventions d'amélioration de la qualité des soins, dont l'efficacité aura été testée selon un modèle collaboratif en 3 étapes sur un échantillon d'établissements de santé ;
- Des normes de meilleures pratiques cliniques et de gestion seront identifiées dans un manuel de procédures standardisées ;
- Les services de maternité et pédiatrie de chaque hôpital de la région auront bénéficié des méthodes AQ selon l'un des deux modèles (GIQua ou collaboratif) ;
- Les établissements de santé eux-mêmes collecteront régulièrement des indicateurs de performance des services, démontrant une amélioration de la qualité des soins ;
- Des facilitateurs provinciaux visiteront régulièrement les établissements de santé pour les soutenir dans leurs activités d'amélioration de la qualité ;
- Le personnel de santé utilisera des aides-mémoires pour l'adhésion aux normes de soins ;
- Les clients des établissements de santé seront satisfaits des prestations ;
- Des mécanismes d'échange et de diffusion permettront d'étendre les meilleures pratiques à tous les établissements.

# ANNEXE 7 : TABLEAU D'INTEGRATION REGIONALE DES ACTIVITES AQ

Ce que la Région attend du niveau central ⇦ Ce que la Région fait elle-même ⇨ Ce que la Région aide la Province à faire

| Niveaux / Fonctions PNAQ | Central | Régional | Provincial | Structures de Santé |
|---|---|---|---|---|
| **Définir la qualité** | ▪ Développement de normes nationales de soins (guides cliniques)<br>▪ Impression des guides cliniques<br>▪ Communication des guides cliniques aux régions | ▪ Communiquer les normes cliniques de soins aux provinces et personnel de santé<br>▪ Définir des normes minimales de fonctionnement des centres de santé | ▪ Mettre en place les normes de soins et de gestion des services de santé | ▪ Application des normes de soins et de gestion des services de santé |
| **Mesurer la qualité** | ▪ Accréditation des hôpitaux<br>▪ Evaluation de la performance des régions | ▪ Mesurer la performance des provinces par rapport aux activités d'amélioration de la qualité | ▪ Mesurer la performance des services de santé et l'adhésion aux normes de soins | ▪ Utiliser des méthodes d'auto évaluation de la performance |
| **Améliorer la qualité** | ▪ Promouvoir l'institutionnalisation de l'AQ à travers le PNAQ | ▪ Définir un modèle AQ régional intégré | ▪ Connaître les méthodes d'amélioration de la qualité et guider leur application | ▪ Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité en équipe |
| **Former en AQ** | ▪ Développement des modules de formation dans les domaines prioritaires de l'AQ<br>▪ Intégration de l'AQ dans les curriculums de formation | ▪ Organiser et dispenser les formations du personnel en AQ | ▪ Formations en AQ juste à temps et sur le tas du personnel de santé | |
| **Faciliter les activités d'amélioration** | ▪ Développer un référentiel de facilitation<br>▪ Développer un pool de personnes ressources en AQ | ▪ Mettre en place d'un réseau de facilitateurs dans la région | ▪ Facilitation des équipes d'amélioration de la qualité | ▪ Bâtir une capacité interne en facilitation pour les grandes équipes |
| **Inciter à la qualité** | ▪ Mettre en place un mécanisme national d'incitation à la qualité des soins pour les régions | ▪ Mettre en place des mécanismes régionaux d'incitation à la qualité | ▪ Mettre en place des mécanismes provinciaux d'incitation à la qualité | |
| **Documenter les améliorations de la qualité** | ▪ Maintenir une base nationale documentaire informatisée des projets d'amélioration de la qualité | ▪ Maintenir une base régionale documentaire informatisée des projets d'amélioration de la qualité | ▪ Collecter et finaliser la documentation des expériences d'amélioration de la qualité selon un format précis | ▪ Maintenir une documentation écrite des activités d'amélioration de la qualité sur storybook et storyboard |
| **Communiquer les activités AQ** | ▪ Echanger les informations sur les améliorations de la qualité entre régions | ▪ Mettre en place des mécanismes d'échanges et d'extension des expériences réussies d'amélioration de la qualité | ▪ Mettre en place des mécanismes provinciaux d'échange d'informations sur les activités AQ | ▪ Présenter les activités AQ au sein de la province ou région |

## Activités Régionales détaillées[14]

| Niveau Régional | Activités |
|---|---|
| ▪ Communication des normes cliniques de soins aux provinces et personnel de santé<br>▪ Définition de normes minimales de fonctionnement des centres de santé | ▪ Organisation de la formation du personnel de santé en normes de soins de SMI et SR<br>▪ Définir des normes pour hygiène et accueil, organisation des services, gestion des structures de santé, etc.<br>▪ Compendium des meilleures pratiques = manuel de procédures standardisées<br>▪ Développer des aides-mémoires conformément aux normes |
| ▪ Monitorage de la performance des provinces par rapport aux activités d'amélioration de la qualité | ▪ Développer des critères de performance provinciale en AQ<br>▪ Développer un système d'évaluation de la performance des provinces en AQ<br>▪ Développer un modèle provincial de « supervision qualité » des établissements de santé<br>▪ Développer des mesures de satisfaction des clients |
| ▪ Définition d'un modèle AQ régional intégré | ▪ Sélectionner les problèmes cliniques prioritaires à améliorer.<br>▪ Aider les provinces à étendre le modèle GIQua à l'ensemble des structures de santé présentant les conditions nécessaires<br>▪ Développer un modèle collaboratif d'amélioration de la qualité des soins et services |
| ▪ Organisation des formations du personnel en AQ | ▪ Identifier les besoins en formation en AQ<br>▪ Adapter les modules de formation centraux<br>▪ Organiser les formations avec les IFCS : travail en équipe, résolution de problèmes, et facilitation<br>▪ Disposer d'une base documentaire sur l'AQ (bibliothèque) |
| ▪ Mise en place d'un réseau de facilitateurs dans la région | ▪ Former 2 facilitateurs par province<br>▪ Développer un modèle provincial de facilitation/supervision<br>▪ Evaluer les performances des facilitateurs provinciaux |
| ▪ Mise en place des mécanismes régionaux d'incitation à la qualité | ▪ Développer un système de récompense et de reconnaissance provinciale<br>▪ Accréditation/reconnaissance des établissements de santé qui adhèrent aux normes de SMI et SR<br>▪ Bâtir un leadership provincial<br>▪ Lier la performance des personnels à la gestion des ressources humaines |
| ▪ Maintien d'une base régionale documentaire informatisée des projets d'amélioration de la qualité | ▪ Développer des supports de documentation qui correspondent aux besoins en information<br>▪ Collecter les informations sur les améliorations de la qualité<br>▪ Analyser les performances des équipes d'amélioration de la qualité |
| ▪ Mise en place des mécanismes d'échanges et d'extension des expériences réussies d'amélioration de la qualité | ▪ Organiser des réunions régionales sur le thème de la qualité et présenter les expériences réussies<br>▪ Communiquer et étendre les améliorations des processus testées par les équipes (meilleures pratiques)<br>▪ Utiliser les mécanismes régionaux de diffusion d'information |

[14] Ces activités sont inspirées par les recommandations des participants à l'atelier régional d'intégration des activités AQ de Mai 2000 à Agadir. Voir rapport de mission de Bruno Bouchet et Maina Boucar.

# ANNEXE 8 : CALENDRIER DES ACTIVITES AQ POUR LA PREMIERE ANNEE DE *Progress*

**Echéancier[15] Activités Assurance Qualité Oct.2000 – Sept.2001**

| Activités | 4ème Trimestre 2000 | | | 1er Trimestre 2001 | | | 2ème Trimestre 2001 | | | 3ème Trimestre 2001 | | | Commentaires/ Etat de Réalisation |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S | |
| **Planifier les activités AQ de *Progress* et le rôle de URC** | | | | | | | | | | | | | |
| Planifier les Activités AQ de *Progress* | | ■ | ■ | | | | | | | | | | Réalisé lors de cette mission et des ateliers régionaux en cours |
| Rédiger les fiches techniques des consultations | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | Responsabilité de URC : activité continue |
| **Planifier l'intégration de l'AQ dans les régions** | | | | | | | | | | | | | |
| Finaliser la vision d'un système régional AQ intégré | | | ■ | | | | | | | | | | Responsabilité des régions à partir des suggestions de ce rapport (voir annexes 5 & 6) |
| Planifier les activités AQ régionales pour la première année | | | ■ | | | | | | | | | | |
| **Renforcer les capacités de gestion et en AQ de l'équipe régionale** | | | | | | | | | | | | | |
| Former les équipes régionales en Gestion de Qualité | | | | | | | ■ | | | | | | Responsabilité de URC : 1 atelier de 5 jours. |
| Constituer une base documentaire régionale en matériel AQ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | Responsabilité de URC : envoi régulier de documents sur les thèmes de l'AQ |
| Assister à une conférence internationale sur la Qualité des Soins | | | | | | ■ | | | | | | ■ | Responsabilité de JSI : Forum Européen est en Mars en Italie; ISQUA est en Septembre en Argentine. Envisager d'autres possibilités. |
| **Introduire le modèle collaboratif d'amélioration de la qualité** | | | | | | | | | | | | | |
| Développer le matériel de formation et former les équipes régionales | | | | ■ | | | | | | | | | Responsabilité de URC : 1 à 2 jours d'exposition aux principes de base |
| Identifier les problèmes prioritaires de qualité des soins | | | | ■ | | | | | | | | | Responsabilité des régions : sélectionner parmi les thèmes de *Progress* |
| Mettre en place le monitorage de la qualité | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | Responsabilité de URC : définir et tester la collecte des données sur site par les équipes elles-mêmes |
| Définir les interventions d'amélioration | | | | | | | | ■ | | | | | Responsabilité de URC : atelier de 3 jours. |
| Mettre en place et tester les améliorations | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | Responsabilité des régions. |
| **Etendre le modèle GIQua dans les sites sélectionnés** | | | | | | | | | | | | | |
| Former 2 facilitateurs AQ par province | | | | | | | | ■ | | | | | Responsabilité de URC : 1 atelier de 5 jours. Développer en même temps les capacités de formation en facilitation |

[15] Dates exactes à déterminer avec les régions.

## Echéancier[15] Activités Assurance Qualité Oct.2000 – Sept.2001

| Activités | 4ème Trimestre 2000 | | | 1er Trimestre 2001 | | | 2ème Trimestre 2001 | | | 3ème Trimestre 2001 | | | Commentaires/ Etat de Réalisation |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S | |
| | | | | | | | | | | | | | des institutions locales (IFCS). |
| **Etendre le modèle GIQua dans les sites sélectionnés** | | | | | | | | | | | | | |
| Former les équipes en cycle de résolution de problèmes | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions. Etudier le besoin d'un appui de URC pour la première formation. Activité continue |
| **Intégrer l'AQ dans la formation en normes de soins SONU** | | | | | | | | | | | | | |
| Recherche dans la littérature sur la communication efficace des normes | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC. |
| Définition des interventions AQ dans la formation en normes SONU | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC : nécessitera probablement une consultation d'un expert AQ et formation. |
| Recensement des aides-mémoires existants | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions |
| Analyse des aides-mémoires existants et développement de nouveaux | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC : nécessitera une consultation par expert. |
| **Renforcer le système de supervision/facilitation** | | | | | | | | | | | | | |
| Etudier la faisabilité de visites régulières de supervision/facilitation | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions |
| Commencer à (re)concevoir le système de supervision/facilitation orienté vers la qualité | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC : utiliser la méthode de design de la qualité pour concevoir le système avec les clients externes et internes. Plusieurs ateliers + suivi. |
| Mettre en place le nouveau système de supervision | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions |
| **Etendre les améliorations de la qualité à tous les établissements** | | | | | | | | | | | | | |
| Recenser les meilleures pratiques pour les soins ambulatoires et hospitaliers | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions : activité continue |
| Définir une stratégie d'extension des meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC |
| **Monitorage et évaluation des activités AQ** | | | | | | | | | | | | | |
| Définir les indicateurs de succès des activités AQ : réalisation et achèvement | | | | | | | | | | | | | Responsabilité de URC : le plus tôt possible |
| Définir un système approprié d'évaluation des activités AQ | | | | | | | | | | | | | Responsabilité des régions et consultants URC |

# ANNEXE 9 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

| Nom | Fonction | Organisme |
|---|---|---|
| Affane Alias | Médecin-Directeur | CH de Taroudant |
| Brahim Belattar | Animateur, SIAAP | Agadir |
| Abdelali Belghiti | Responsable de l'UMER | DHSA/Rabat |
| Rachid Bakkali | Délégué Régional | Région de Tanger-Tétouan |
| Volkan Cakir | Directeur de Projet | JSI/Rabat |
| Mohammed Charradi | Médecin-Chef de Division Santé Scolaire et Universitaire | DP/Rabat |
| Nada Darkaoui | Chef de Division | DHSA/Rabat |
| Ahmed Fadili | Coordinateur SIAAP | Province de Taroudant |
| Farouk Fasla | Délégué Régional | Région de Souss-Massa-Drâa |
| Mohamed Garrat | Médecin-Chef | Hôpital de Ksar El Kebir |
| El Harrek | Animateur de site GIQua | Hôpital de Ksar El Kebir |
| Mohamed Janati | Médecin-Directeur | Hôpital Mohamed V, Tanger |
| Saida Jrondi | Directrice | DHSA/Rabat |
| Kaddouri | Chef du SSI | Hôpital Mohamed V, Tanger |
| Dyane Larbi | Chef du SSI | CH de Taroudant |
| Malika Laasri | Coordinateur régional | JSI/Agadir |
| Abdessamad Loutfi | Délégué Provincial | Province de Larache |
| Arrane Mostafa | Pédiatre | Hôpital Mohamed V, Tanger |
| Boutaina El Omari | Conseiller Technique | JSI/Rabat |
| Helena Rippey | Conseiller Technique | USAID/Rabat |
| Sati Sayah | Coordinateur régional | JSI/Tanger |
| Mostafa Tyane | Directeur | DP/Rabat |
| Susan Wright | | USAID/Rabat |
| Equipe du Centre de Santé Urbain d'Agadir | | |
| Equipe du Centre de Santé de Mhanech, région de TT | | |
| Equipe du Centre de Santé Urbain de Taroudant | | |

# ANNEXE 10 : DEFINITION DE TERMES

**Outils** : Les outils de l'Assurance Qualité sont un ensemble d'instruments d'analyse et d'aide à la prise de décision consensuelle, permettant à une équipe de fonctionner de manière efficace. *Exemple* : une matrice de prise de décision, un diagramme cause-effet, un diagramme de processus, le brainstorming, etc.

**Principes** : Les principes de l'AQ sont issus du domaine du « management ». L'AQ privilégie surtout 4 principes (voir annexe 3):

- Le travail en équipe
- L'amélioration des processus et systèmes
- La perspective des clients/patients
- L'utilisation des données

**Méthodes** : Les méthodes AQ sont des séquences d'activités logiques pour l'atteinte d'un objectif d'amélioration de la qualité. Elles utilisent les outils et appliquent les principes de la gestion de qualité.
*Exemple* : la résolution de problèmes en équipes, le design de la qualité, l'amélioration rapide des processus, etc.

**Modèles** : Les modèles AQ sont une description de l'organisation intégrée de l'AQ dans un système de santé.
*Exemple 1* : Dans chaque centre de santé, une équipe utilisera la méthode de résolution de problème pour améliorer la qualité des soins et services de santé (modèle GIQua).
*Exemple 2* : A l'échelle régionale, une équipe testera des améliorations de la qualité sur un échantillon de structures de santé avant d'étendre les améliorations à toutes les structures (modèle collaboratif).

**Stratégies** : La stratégie AQ décrit la manière dont on va mettre en place le modèle AQ choisi.
*Exemple 1* : La région va former 2 personnes par centre de santé de plus de 3 personnes, en résolution de problèmes en équipe. Puis, elle appuiera leur travail par des visites de facilitation au rythme de 1 par semaine au début.
*Exemple 2* : La région va identifier ses priorités pour l'amélioration et l'équipe de leadership qui gérera les changements. Elle mettra en place un système de monitorage de la qualité dans 5 centres de santé avant d'introduire les changements.