

BMZ



Ministère fédéral de la  
Coopération économique  
et du Développement

# Améliorer le système de santé

Une publication de la *German Health Practice Collection*



Publié par :

**giz**

Deutsche Gesellschaft  
für Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

## Acronymes et abréviations

|       |  |         |   |
|-------|--|---------|---|
| AQ    | Assurance Qualité  | HMRTI   | Institut de formation et de recherche sur la gestion de la santé (« <i>Health Management Research and Training Institute</i> ») |
| ASAQ  | Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité (« <i>Systemic Quality Improvement</i> »)            |         |   |
| BMZ   | Ministère fédéral de la Coopération Économique et du Développement, Allemagne                              | INAS    | Institut National d'Administration Sanitaire  |
| CDTMR | Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires                                      | KfW     | KfW Entwicklungsbank  |
| CQ    | Contrôle Qualité   | MS      | Ministère de la santé, Royaume du Maroc   |
| DHSA  | Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, Ministère de la santé                                    | MSP     | Ministère de la Santé publique et de la Population, République du Yémen   |
| EDS   | Enquête Démographique et de Santé  | NU      | Nations Unies   |
| EFQM  | Fondation européenne pour la Gestion de la Qualité (« <i>European Foundation for Quality Management</i> ») | OMD     | Objectif du Millénaire pour le développement  |
| CAD   | Coopération Allemande au Développement (y compris BMZ, GIZ et KfW)   | OMS     | Organisation Mondiale de la Santé   |
| GIZ   | Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH <sup>1</sup>                                  | PADRESS | Programme visant à décentraliser le Système de Santé et mettant l'accent sur la Santé Reproductive                              |
| GPHC  | <i>German Health Practice Collection</i>   | PAQ     | Programme d'Amélioration de la Qualité (« <i>Quality Improvement Programme</i> »)   |
| GQT   | Gestion de la Qualité Totale   | PDCA    | Planifier-Mettre en œuvre-Contrôler-Agir (« <i>Plan-Do-Check-Act</i> »)   |
| GTZ   | Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (aujourd'hui GIZ)                                 | UE      | Union Européenne  |
|       |  | YG-RHP  | Programme Germano-Yéménite de Santé Reproductive (« <i>Yemeni-German Reproductive Health Programme</i> »)                       |

<sup>1</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH fédère la compétence et la longue expérience des organisations qui l'ont précédée : le Deutscher Entwicklungsdienst (DED) gGmbH (service allemand de développement), la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (coopération technique allemande) et InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH (renforcement des capacités et développement international). Pour de plus amples informations, veuillez vous rendre à l'adresse suivante : [www.giz.de](http://www.giz.de).

# Améliorer le système de santé

## Approches au Maroc et au Yémen

|   |    |
|---|----|
| Remerciements   | 4  |
| <i>La German Health Practice Collection</i>           | 5  |
| Résumé  | 6  |
| Améliorer la qualité des systèmes de santé            | 9  |
| Concours Qualité au Maroc                             | 13 |
| Réalisations et défis du Concours Qualité             | 26 |
| Programme d'amélioration de la Qualité (PAQ) au Yémen | 32 |
| Réalisations et défis du PAQ                          | 37 |
| Leçons à retenir du Maroc et du Yémen                 | 38 |
| Évaluation par des pairs                              | 40 |
| Références  | 41 |

## Remerciements

Le Ministère Fédéral de la Coopération économique et du Développement (BMZ) de l'Allemagne tient à remercier le Ministère de la santé du Maroc (MS) ainsi que le Ministère de la Santé publique et de la Population du Yémen d'accueillir la coopération allemande dans la cadre de la conception et la mise en place du Concours Qualité au Maroc et du Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) au Yémen. Pour leur contribution à cette publication, le BMZ remercie notamment :

### Pour les sections du Concours Qualité :

- Dr Abdelali Belghiti Alaoui, Directeur de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA), Ministère de la santé ; Dr Meziane Bellefquih Abdelkrim, Directeur Régional des services de santé, Tanger Tétouan; Dr Abdelwahab Cherradi, Directeur Régional des services de santé, Meknès Tafilalet ; Dr Abdelilah Kasri, Direction Régional Intérimaire des services de santé, Grand Casablanca ; Dr Nejoua Belkâab, Coordinateur du Concours Qualité ; Driss Bessar, statisticien Concours Qualité, et tous les autres membres du personnel du Ministère de la Santé à Rabat et des bureaux régionaux et de district qui ont participé aux entretiens.
- Les Directeurs et les membres du personnel de l'Hôpital Baouafi (Grand Casablanca), l'Hôpital Mohammed V (Grand Casablanca) et l'Hôpital Mohammed VI (Tétouan), ainsi que les médecins chefs et le personnel du Centre de Santé Mers Sultan (Casablanca), du Centre de Santé Moulay El Hassan (Tétouan) et du Centre de Santé Riad (Meknès).
- Tilman Herberg, Directeur GIZ au Maroc ; personnel de la GTZ et le consultant qui ont apporté leur appui technique au Concours Qualité : Dr Ulrich Knobloch, Dr Anselm Schneider, Friedeger Stierle et Sati Sayah ; Prof Dr Bruno Dujardin, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles
- Sabine Ablefoni, Réseau de l'Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité (ASAQ)/ GIZ et Saâdia Aglif, Conseiller technique chargé de coordonner les contributions et de soutenir la mission de l'écrivain au Maroc ; Jolanda Sattler,

agent de Communications, GIZ Maroc pour les services de traduction.

### Pour les sections du PAQ :

- Équipe de base du PAQ : Saleh Nagi, Manager Composante 2 (PAQ) ; Dr Ali Jahhaf, ancien Manager Composante 1 (Réforme du secteur santé); Rashad Mokbel, Conseiller technique en gestion PAQ ; Mohammad Al-Jaberi, Conseiller technique en hygiène PAQ ; Polina Steinborn, ancien Conseiller technique en hygiène PAQ ; Christiane Gebhardt, Conseiller technique en obstétrique PAQ; Soha Saqqaf et Reem Al-A'nsi, Agents de l'administration Composante 2 (PAQ)
- Les directeurs généraux des Gouvernorats, *Sadiqs* PAQ, évaluateurs, formateurs en gestion, formateurs en Santé Reproductive et formateurs en hygiène ayant participé aux entretiens
- Dr Jamila Al-Raiby, ministre adjoint, secteur population du MSPP ; Rajaa Al-Masabi, Directeur, Unité Qualité, Secteur Soins Curatifs du MSPP
- Dr Martin Kade, Conseiller en Politiques de Santé, GTZ; Dr Bruno Dujardin, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles
- Dr Kai Stietenroth, Coordinateur Programme, YG-RHP (Programme Germano-Yéménite de Santé Procréative); Dr Regine Meyer, ancienne Coordinatrice Programme, YG-RHP, chargée de coordonner les contributions et de soutenir la mission des écrivains au Yémen.

Itziar Larizgoitia et Manfred Zahorka pour leurs évaluations indépendantes par des pairs.

Anna von Roenne, Rédactrice en chef de la *German Health Practice Collection*, EPOS Health Management, pour avoir coordonné la production de cette publication

Stuart Adams, Conseiller en sciences sociales, chercheur en santé et auteur, pour ses recherches et la rédaction de cette publication ; Andrew Wilson, Conseiller éditorial/ auteur, pour son aide rédactionnelle.

# La German Health Practice Collection

## Objectif

En 2004, des experts travaillant pour la Coopération Allemande au Développement (CAD)<sup>2</sup> et ses institutions partenaires nationales et internationales à travers le monde ont lancé la *German HIV Practice Collection*, pour l'élargir en 2010 à la *German Health Practice Collection* (GPHC). Dès le début, l'objectif consistait à partager les bonnes pratiques et les leçons à retenir d'initiatives en matière de protection sanitaire et sociale soutenues par le BMZ. Le processus visant à définir les bonnes pratiques, à les documenter et à tirer un enseignement de l'évaluation par des pairs est considéré comme quelque chose d'aussi important que les publications qui en résultent.

## Processus

Les gestionnaires d'initiatives soutenues par la CAD en proposent quelques-unes très prometteuses à la rédactrice en chef de la GPHC à l'adresse suivante : [ghpc@giz.de](mailto:ghpc@giz.de). Un comité de rédaction d'experts en matière de santé représentant les organisations de la CAD à la fois au niveau de leurs sièges sociaux et des pays partenaires sélectionne celles qu'ils jugent comme étant les plus intéressantes pour être publiées. Des écrivains professionnels visitent alors des sites sélectionnés pour le programme ou le projet et travaillent en étroite collaboration avec des partenaires nationaux, locaux et de la CAD principalement responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes ou projets. Des pairs évaluateurs indépendants et internationaux disposant de compétences pertinentes jugent ensuite si cette approche documentée représente une « bonne pratique ou une pratique prometteuse » basée sur huit critères.

Seules les approches répondant au plus grand nombre de ces critères sont approuvés pour publication :

- Efficacité
- Reproductibilité
- Approche participative et responsabilisante
- Sensibilité au genre
- Qualité du suivi et de l'évaluation
- Innovation
- Rentabilité comparative
- Durabilité

## Publications

Toutes les publications de cette collection décrivent des approches de façon suffisamment détaillée pour permettre leur reproduction ou adaptation dans différents contextes. Rédigées dans un langage simple, elles visent à plaire à un large éventail de lecteurs et pas seulement à des spécialistes. Les publications orientent les lecteurs vers des ressources plus détaillées et techniques, dont des outils destinés à des praticiens. Elles sont disponibles en versions intégrales et abrégées qu'il est possible de lire en ligne, de télécharger ou de commander sous formes d'exemplaires imprimés.

## S'impliquer

Connaissez-vous des pratiques prometteuses ? Si tel est le cas, nous sommes toujours prêts à entendre des collègues qui apportent des réponses aux défis dans les domaines de la santé et de la protection sociale. Vous pouvez visiter notre site Internet pour commenter, discuter et donner votre opinion sur l'ensemble de nos publications, et également en apprendre d'avantage sur nos publications à venir actuellement proposées ou en cours de rédaction et d'évaluation par des pairs. Vous trouverez notre site à l'adresse suivante : [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org). Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter la Rédactrice en chef à l'adresse suivante : [ghpc@giz.de](mailto:ghpc@giz.de).

<sup>2</sup> CAD inclut le Ministère fédéral de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) de l'Allemagne et ses organisations de mise en œuvre, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH et la KfW Entwicklungsbank (KfW).

## Résumé

Cette publication examine les différentes initiatives visant à améliorer la qualité du système de santé dans deux pays : le Maroc et le Yémen. L'accent est mis sur leurs similitudes et leurs différences, et un certain nombre d'enseignements sont tirés de ces deux expériences.

### Approches en matière d'amélioration de la qualité

Améliorer la qualité du système de santé constitue un élément majeur pour aider les pays en voie de développement à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé. Il existe une grande variété de stratégies en matière d'amélioration de la qualité, dont la méthodologie de l'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ ; « *Systemic Quality Improvement* ») développée par la Coopération Allemande au Développement (CAD), mandaté par le BMZ. Depuis 2002, l'Allemagne a financé une approche basée sur l'ASAQ appelée Concours Qualité et qui a maintenant été mise en œuvre dans les systèmes de santé nationaux en Guinée, au Maroc et au Cameroun, et au niveau des provinces en République Démocratique du Congo. L'approche du Concours Qualité encourage toutes les organisations d'un système (ou groupes d'organisations au sein d'un système) à collaborer ensemble afin de définir et d'ajuster en permanence des normes et des objectifs, de mesurer les conséquences, d'apprendre, d'opérer des changements et d'améliorer les résultats.

### Le Concours Qualité au Maroc

De 2004 à 2010, la GTZ (depuis 2011 GIZ) a travaillé avec le Ministère de la Santé du Maroc afin de concevoir et de mettre en place un Concours Qualité unique au Maroc, destiné à soutenir les efforts ambitieux du pays dans la décentralisation et la réforme des services de santé, accent mis sur l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre la mortalité infantile. Le Concours Qualité, lui, a été conçu pour procéder à une amélioration continue de la qualité, de manière à ce que son efficacité puisse être évaluée

à l'issue de chaque édition du Concours Qualité et révisée lors de la prochaine édition.

Le Concours Qualité peut être résumé en sept étapes :

- Étape 1.** Recrutement et préparation des structures de santé participantes
- Étape 2.** Auto-évaluation à l'aide de questionnaires
- Étape 3.** Analyse des questionnaires d'auto-évaluation par l'équipe d'évaluation du Concours Qualité
- Étape 4.** Évaluations de pairs par deux professionnels confirmés ou officiels de santé spécialement formés, qui visitent chaque structure médicale et soutiennent le personnel dans l'affinement de leur auto-évaluation
- Étape 5.** Préparation de plans d'amélioration par le personnel de la structure à l'issue de la visite d'évaluation du pair
- Étape 6.** Méta-analyse et attribution des prix, lors desquelles l'équipe d'évaluation centrale du Concours Qualité analyse les résultats de la totalité du système de santé
- Étape 7.** Mise en œuvre des plans d'amélioration par les structures participantes

La 1<sup>ère</sup> édition (2007) du Concours Qualité a été lancée en janvier 2007 et les participants se sont vu accorder environ un mois pour terminer leur auto-évaluation. Au total, 188 structures de toutes les régions, districts sanitaires, hôpitaux et centres de santé inclus, se sont portées volontaires. La 2<sup>ème</sup> édition (2008) du Concours Qualité a été lancée en mars 2008 et 212 structures au total se sont portées volontaires.

Le Ministère de la Santé décida de rendre obligatoire la participation des districts sanitaires et des hôpitaux à la 3<sup>ème</sup> édition (2010) du Concours Qualité. De même, il étendit le Concours Qualité aux maternités (comme participantes à part entière et non comme

services des hôpitaux) et aux Centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires, et décida de mettre en place des équipes techniques spéciales dans les régions et de leur donner des responsabilités de soutien dans les centres de santé.

### Le Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) au Yémen

Le Programme d'amélioration de la qualité (PAQ ; « *Quality Improvement Programme* ») a été lancé à la mi-2006 par le Programme Germano-Yéménite de Santé Procréative (YG-RHP ; « *Yemeni-German Reproductive Health Programme* ») et il en est aujourd'hui à sa troisième édition. (À l'automne 2010, le YG-RHP a publié l'article : *Quality improvement for health care providers : With friendly guidance and support*. Cette publication peut être consultée par des lecteurs souhaitant de plus amples informations et des détails tels que disponibles dans la publication sur le Concours Qualité du Maroc).



Au Yémen et au Maroc, les approches en matière d'amélioration de la qualité accordent une grande importance à la santé maternelle et à l'éducation, l'unique objectif étant d'avoir des enfants en bonne santé et bien nourris comme les trois petits Yéménites ci-dessus.

Le PAQ yéménite diffère en de nombreux points du Concours Qualité marocain. Par exemple, la participation au PAQ n'est pas obligatoire, elle dépend

de l'importance accordée par les services de santé à une participation de leur personnel et de leurs opérations internes. Les structures de santé peuvent se retirer à tout moment sans être pénalisées ou sanctionnées. Le PAQ limite chaque année la participation à un petit nombre de structures de santé, ce qui lui permet de fournir un soutien plus important des *Sadiqs* (mot arabe pour « amis ») – équivalents des pairs évaluateurs du Concours Qualité. De plus, le PAQ possède une importante composante de formation sur le terrain. Des experts ayant reçu une formation particulière en gestion de structures de santé, hygiène et santé procréative dispensent une formation, aidant le personnel à aborder les questions spécifiques à leur structure de santé.

### Résultats

À ce jour, ces deux initiatives en question ont pu présenter des « résultats de processus » mais non des résultats issus d'évaluations rigoureuses de leurs impacts sur les systèmes de santé des pays (bien qu'une telle évaluation soit sur le point de démarrer au Maroc). L'un des résultats positifs du processus a été une expansion rapide permettant de couvrir de plus en plus de structures de santé. Au Maroc, le Concours Qualité est passé de 188 structures de santé lors de l'édition 2007 à 665 pour l'édition 2010. Il est devenu le mécanisme principal du pays pour un suivi, une évaluation et une amélioration permanents de ses systèmes et structures de santé. L'évidence qualitative de différentes structures et les différents niveaux du système de santé marocain prouvent que le Concours Qualité a réussi à implanter dans les structures participantes une certaine culture d'amélioration de la qualité d'une édition du Concours Qualité à l'autre.

Au Yémen, les conseils et le soutien du PAQ ont été étendus avec succès à 209 structures de santé au total. Les résultats comprennent une augmentation significative du recours à des prestations de planifi-

cation familiale, à une assistance qualifiée pour les accouchements et à des prestations prénatales et autres, ce qui a également entraîné une augmentation des revenus.

### **Leçons à retenir**

Malgré leurs différences – qui reflètent les différences au niveau des systèmes de santé, des traditions culturelles et conditions économiques dans les deux pays – un certain nombre de leçons communes peuvent être tirées suite aux expériences faites dans le cadre du Concours Qualité et du PAQ. Particulièrement, les deux expériences montrent qu'une approche de l'amélioration de la qualité au niveau d'équipes du personnel peut être extrêmement efficace dans toute structure de santé. Et comme la culture d'amélioration de la qualité se propage et

s'enracine, une dynamique a tendance à se développer et elle est soutenue par l'esprit d'équipe.

Pour accélérer l'amélioration de la qualité en vue d'atteindre des objectifs ambitieux (par ex. les OMD), cela nécessite cependant des investissements initiaux substantiels dans les structures les plus faibles d'un système de santé, ces structures mêmes qui promulguent leurs soins aux populations à faibles revenus, rurales et particulièrement vulnérables. Pour finir, l'expérience montre que la situation de concours, la certification et autres prix ne devraient jamais dissuader les structures faibles de donner le maximum pour s'améliorer. Surtout car ce sont généralement les structures les plus faibles qui promulguent leurs soins aux populations qui pourraient profiter le plus d'une amélioration des soins médicaux.



## Améliorer la qualité des systèmes de santé

L'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme stipule que toute personne est en droit de bénéficier de services médicaux et sociaux qui lui permettront à elle et aux membres de sa famille de conserver santé et bien-être en cas de maladie, de handicap et de vieillesse. Depuis l'adoption de ce texte par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1948, respecter cette promesse et permettre à chacun dans le monde d'accéder aux services médicaux et sociaux de base est devenu la priorité absolue des pays en voie de développement et des partenaires internationaux.

En 2000, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté huit Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) pour 2015. Trois d'entre eux (Objectif 4 visant à améliorer la santé des enfants et à réduire la mortalité infantile, objectif 5 visant à améliorer la santé maternelle et à réduire la mortalité maternelle et Objectif 6 visant à lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies) sont devenus des indicateurs clés permettant aux pays en voie de développement de mesurer les progrès réalisés vers l'accès universel aux soins de santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est servi de son Rapport sur la santé dans le monde 2000 pour mettre l'accent sur l'amélioration des performances des systèmes de santé des pays afin qu'ils fassent leur possible pour atteindre au plus vite les trois OMD liés à la santé (WHO, 2000). Des rapports de l'OMS (par ex. WHO, 2010) ont fourni des conseils sur la façon dont certains pays peuvent trouver leurs propres réponses à ces trois questions :

- Comment être en mesure de financer un système de soins capable de dispenser des soins de santé essentiels à tous ?
- Comment protéger les personnes des conséquences financières dues à la maladie ou une blessure grave et invalidante ?

- Comment utiliser au mieux les ressources disponibles quelque que soit la limite de ces ressources ?

Des stratégies en matière d'amélioration de la qualité peuvent apporter certaines réponses aux trois questions posées ci-dessus, notamment à la troisième. Dans le cas d'un village ou d'un centre de santé de quartier par exemple, la question pourrait être reformulée comme suit : Vu les ressources financières, humaines et autres dont vous disposez déjà, comment pouvez-vous dispenser les meilleurs soins médicaux possibles à tous ceux de votre communauté ?

### Définir la « Qualité des soins »

Une publication de l'OMS parue en 2006 identifie six critères auxquels un système de santé ou une structure au sein de ce système (par ex. une autorité sanitaire, un hôpital ou un centre de santé) doit répondre avant d'être considéré comme un établissement dispensant des soins de santé de très grande qualité (Bengoa et al., 2006). Il doit être :

- **Efficace** – Dispenser des soins de santé reposant sur des connaissances scientifiques actualisées et reconnues pour contribuer à améliorer la santé
- **Efficient** – Optimiser l'utilisation des ressources disponibles et éviter le gaspillage
- **Accessible** – Dispenser des soins médicaux qui soient opportuns et appropriés aux patients dans des contextes où les compétences et ressources nécessaires sont disponibles
- **Acceptable/axé sur le patient** – Répondre aux besoins des patients et à ceux de leurs familles, aux préférences et aux sensibilités sociales et culturelles
- **Equitable** – Fournir les soins de santé essentiels à tous indépendamment de l'âge, du sexe, du revenu, du statut social, de l'origine ethnique, du lieu de domicile ou d'autres caractéristiques

- **Sûr** – Fournir des soins médicaux d'une manière qui minimise les risques et les dommages. En même temps, toute tentative visant à améliorer la qualité des soins fournis par un système de soin ou l'une de ses structures devrait tenir compte du point de vue des principales parties prenantes, notamment des bénéficiaires des soins de santé, des prestataires de soin de santé et des autorités en charge de la santé publique. Chacune des parties prenantes a des besoins, des intérêts et des attentes différentes qui doivent être prises en compte si l'on envisage réellement d'améliorer la qualité.

En même temps, toute tentative visant à améliorer la qualité des soins fournis par un système de soin ou l'une de ses structures devrait tenir compte du point de vue des principales parties prenantes, notamment des bénéficiaires des soins de santé, des prestataires de soin de santé et des autorités en charge de la santé publique. Chacune des parties prenantes a des besoins, des intérêts et des attentes différentes qui doivent être prises en compte si l'on envisage réellement d'améliorer la qualité.



Des soins « acceptables et orientés vers les patients » nécessitent des consultations collectives, et au Yémen, les personnes sont souvent plus à l'aise si les rencontres maintiennent la séparation des sexes.

## Stratégies communes visant à améliorer la qualité

Il existe une vaste documentation sur les nombreuses stratégies possibles visant à améliorer la qualité, mais voici les trois stratégies qui sont le plus couramment utilisées :

- **Contrôle Qualité (CQ)** avec suivi, évaluation et supervision pour s'assurer que les gestionnaires et le personnel agissent en conformité avec une série de normes mises en place et atteignent les résultats escomptés. Généralement, le CQ implique des organigrammes, des objectifs et des outils pour recueillir les données nécessaires pour mesurer les résultats.
- **L'Assurance Qualité (AQ)** est plus dynamique et répond aux évolutions continues. Souvent appliquée à un système global et à des organisations au sein de ce système, elle a été décrite comme une « transformation systémique de la gestion conçue pour répondre aux besoins et aux opportunités de toutes les organisations qui tentent de composer avec les évolutions croissantes, la complexité et les tensions au sein de leurs environnements » (Creel et al., 2006).
- **La Gestion de la Qualité Totale (GQT)** place non seulement les gestionnaires mais également chaque personne travaillant pour un système ou une organisation au centre du processus décisionnel du processus d'amélioration de la qualité. Plutôt que de leur fournir des normes et des méthodes déjà établies pour y parvenir, on leur demande d'élaborer leurs propres normes et méthodes. Cette méthode des plus participatives peut permettre de renforcer l'enthousiasme et l'engagement et conduire à des changements systémiques ou organisationnels à long terme.

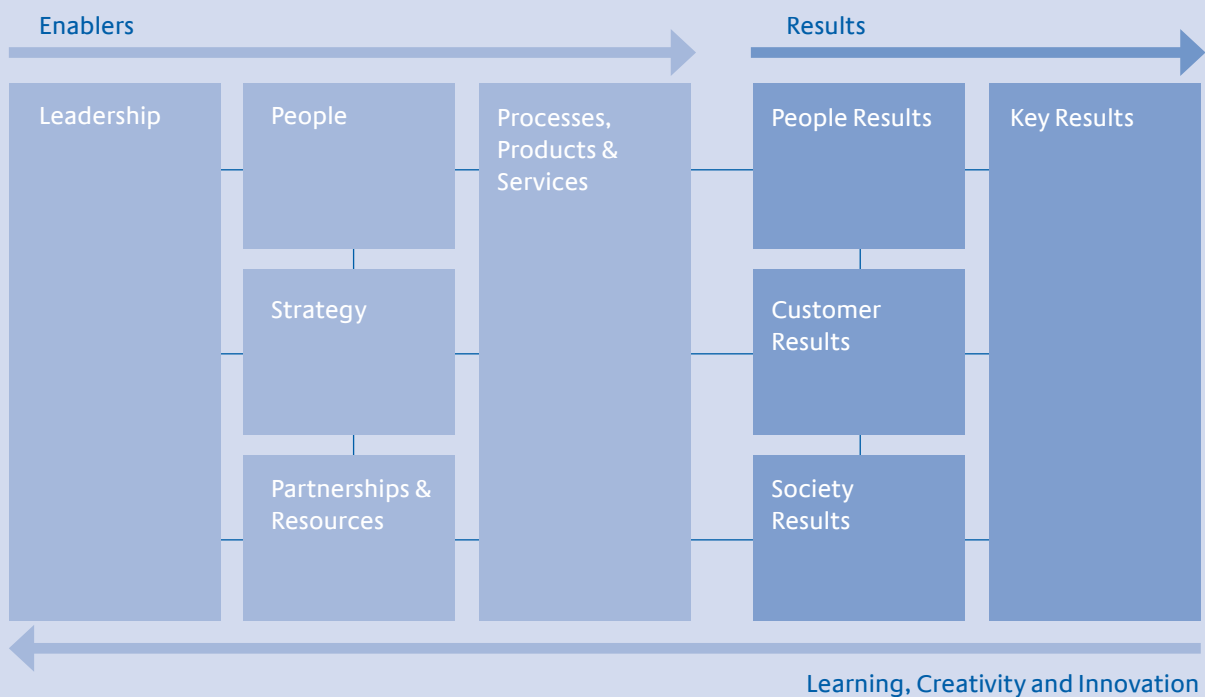
## Visualiser l'amélioration de la qualité

Cette documentation propose également de nombreux autres modèles permettant de visualiser l'amélioration de la qualité. L'un des modèles les plus largement utilisés est le modèle Donabedian (Donabedian, 1980), un organigramme montrant les trois « piliers » de l'amélioration de la qualité : *Intrants* (ressources), *processus* (activités) et *résultats* (extrants et résultats). Un autre modèle, actuellement utilisé par de nombreuses grandes organisations dotées de nombreuses succursales dans différents pays est le modèle Fondation européenne pour la Gestion de la Qualité (EFQM). Basé sur le modèle Donabedian et impliquant une stratégie GQT, il impose à chaque personne travaillant pour une organisation de collaborer en ayant recours à l'observation continue, à l'enregistrement et au partage des informations, à l'apprentissage, à la créativité et à l'innovation.

La Figure 1 montre une version récente du modèle EFQM. Concernant le modèle Donabedian :

- Les **Intrants** (dans les deux premières colonnes des *Enablers* (« aides »)) incluent le leadership, les personnes, la stratégie, les partenariats et les ressources.
- Les **Processus** (dans la troisième colonne des *Enablers* sont regroupés avec Produits & Services).
- Les **Résultats** (dans les deux dernières colonnes) incluent les résultats relatifs aux personnes, les résultats relatifs aux clients, les résultats sociétaux et les résultats clés. Les résultats clés sont ceux utilisés par une organisation pour mesurer les progrès réalisés et ils équivalent aux indicateurs (par ex. les OMD) utilisés par les programmes et projets de développement coopératif pour mesurer leurs progrès.

Figure 1. Le modèle d'excellence EFQM 2010



## Contribution de la CAD : Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ)

### Amélioration de la qualité pour l'ensemble des systèmes

Lorsque les OMD ont été définis en 2000, les pays en voie de développement et leurs partenaires internationaux ont tous convenu qu'ils étaient confrontés à un défi de taille. Atteindre les OMD nécessitera une transformation fondamentale et le renforcement des secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, les systèmes de santé et autres de manière à pouvoir augmenter rapidement la production et la livraison, et améliorer la qualité de leurs produits et services.

L'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ) est l'une des contributions de la Coopération Allemande au Développement (CAD) visant à relever cet immense défi. L'ASAQ ne prétend pas être entièrement nouvelle et originale. Au contraire, elle s'appuie sur l'expérience acquise dans l'application de stratégies comme la GQT et des modèles comme l'EFQM. Cette approche d'amélioration de la qualité est d'une telle souplesse qu'elle peut fonctionner dans n'importe quel contexte, et notamment dans un contexte où les ressources sont limitées.

Par ailleurs, l'ASAQ est une approche qui peut fonctionner non seulement pour des organisations isolées mais également pour des systèmes entiers, pour des groupes d'organisations au sein de ces systèmes ou même pour deux systèmes, voire plus, étroitement liés ou des groupes au sein de ces systèmes.

### Adapter l'ASAQ à chaque pays et à sa situation particulière

L'ancienne Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH (aujourd'hui GIZ) a commencé à soutenir le développement de l'ASAQ

en Guinée en 2002 par le biais d'une approche connue sous le nom de Concours Qualité. En 2008, elle a soutenu l'approche du Concours Qualité dans les systèmes de santé au niveau national en Guinée, au Maroc et au Cameroun, et au niveau des provinces en République Démocratique du Congo. Elle a également apporté son soutien à la mise en place du réseau de l'Approche Systémique pour l'Amélioration de la Qualité.

#### ► Le site du Réseau de l'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité

Le site du réseau de l'ASAQ, accessible à l'adresse [www.gtz.de/sqi](http://www.gtz.de/sqi), fournit des informations sur l'approche de l'ASAQ, de la documentation sur la façon dont elle est mise en œuvre dans différents pays et certains des outils utilisés. Courant 2012, le site sera transféré de la GTZ à la GIZ. Il offrira une nouvelle documentation (actuellement en cours d'élaboration) et sera tenu à jour par la suite.

L'approche du Concours Qualité encourage toutes les organisations d'un système à collaborer ensemble afin de définir et d'ajuster en permanence des normes et des objectifs, de mesurer des résultats, d'apprendre, d'opérer des changements et d'améliorer les résultats. Elle les encourage également à se concurrencer de manière constructive afin d'apprendre les unes des autres, et elle est en mesure d'améliorer l'ensemble du système de manière plus globale et plus rapidement que si chacune d'entre elles travaillait isolément. Finalement, elle vise à mobiliser tout un système et à atteindre une masse critique pour le changement. Cela implique une auto-évaluation pour chaque organisation, l'évaluation par des pairs, et la participation de toutes les organisations dans l'élaboration et l'approbation des plans d'amélioration.

# Concours Qualité au Maroc

## Le contexte

### Le Maroc et ses défis en matière de développement

Avec ses 32 millions d'habitants, le Maroc est une monarchie constitutionnelle avec un roi, un premier ministre et un parlement élu bicaméral. Le gouvernement marocain conserve le pouvoir sur les impôts et le budget et il établit l'orientation globale de la politique. Depuis 1997, il s'est donné comme priorité la décentralisation administrative de ses 16 régions et de leurs 70 provinces et préfectures.

Entre 2000 et 2010, l'économie marocaine a connu une croissance annuelle d'environ 4,6% (IMF, 2011). En 2009, son Revenu National Brut par habitant atteignait 2 770 \$US et seulement 9% de sa population vivait en dessous du seuil officiel de pauvreté du Maroc (World Bank, 2011). Le Rapport sur le Développement Humain 2010 des Nations Unies désigne le Maroc comme l'un des pays figurant au Top 10 mondial des pays ayant progressé sur la voie du développement humain au cours de 40 dernières années (UNDP, 2010). Il donne au pays un indicateur du développement humain de 0,567 (l'indicateur idéal se situant à 1,0), ce qui le place en 114<sup>ème</sup> position sur 169 pays et le classe dans la catégorie Développement Humain Moyen. En outre, il attribue au Maroc un indicateur d'inégalité de genre de 0,69 (l'indicateur idéal se situant à 0) et le classe en 104<sup>ème</sup> position sur 138 pays en matière d'inégalité entre les sexes.

Le plus grand défi du Maroc consiste à réparer les dégâts causés sur la qualité de son eau en raison de l'urbanisation rapide, l'érosion et la salinisation. Un autre défi majeur est de relever le niveau d'éducation du pays et l'alphabétisation des adultes : avec un taux d'alphabétisation de 68,7% chez les hommes et de 43,2% chez les femmes, le Maroc affiche les niveaux d'alphabétisation les plus bas chez les adultes (>15) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (UNDP, 2009).

### Le système de santé du Maroc et ses défis

Le système de santé du Maroc est divisé en deux secteurs : le secteur public et le secteur privé. Le Ministère de la santé supervise le secteur public s'articulant en une hiérarchie de 137 hôpitaux de district, régionaux et universitaires et met à disposition plus de 2 200 autres structures de santé, notamment des Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) et des centres de santé locaux (Ministère de la Santé, 2010b). Le secteur privé offre quelque 280 hôpitaux et centres de santé, principalement à Casablanca et dans d'autres grandes villes. Bon nombre d'entre eux sont associés à des régimes d'assurance santé et sont au service de ménages dont les principaux soutiens de famille travaillent dans le secteur formel de l'économie marocaine et cotisent pour l'assurance santé par le biais de retenues salariales (WHO, 2006a).

Le système de santé offre un docteur pour 1 611 habitants, mais beaucoup d'entre eux partagent leur temps entre les différents secteurs ; seulement 56% travaillent principalement dans le secteur public. En règle générale, la qualité est source de revenus, et les gens préfèrent travailler dans un secteur où ils peuvent toucher un bon revenu. La pénurie de personnel médical est particulièrement aiguë dans les régions rurales.

Depuis le milieu des années 90, le Ministère de la santé a poursuivi toute une série de réformes. Dans le cadre de ses deux derniers plans stratégiques prévus sur cinq ans (2003-2007 et 2008-2012), il a, entre autres, renforcé les capacités du Ministère de la santé à planifier et administrer les soins médicaux et celles des régions à partager les responsabilités ; il a renforcé les capacités des hôpitaux et d'autres établissements de santé pour une utilisation optimale de leurs ressources afin d'améliorer la qualité de leurs services et les étendre à un public plus large.



La médecin en chef au Centre Santé Moulay El Hassan de Tétouan, Dr El Aounia Benhouddou, explique comment ses étudiants en soins infirmiers font des enquêtes leur permettant de savoir comment servir mieux leur communauté.

La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Maroc s'est déroulée en 2003-2004 et a révélé des améliorations majeures au niveau des conditions sanitaires et des soins de santé au cours de ces 40 dernières années, mais d'importantes lacunes et inégalités demeurent malgré tout (Ministère de la santé et al., 2005b). Par exemple :

- Le taux de mortalité maternelle était très élevé avec 227 pour 100 000 naissances d'enfants vivants, plus de 20 fois supérieur aux taux observés en Europe de l'Ouest.
- Le taux de mortalité infantile (moins d'un an) était très élevé avec 40 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants dans le pays et variait entre 33 dans les zones urbaines et 55 dans les régions rurales.
- Les infections respiratoires chez les enfants (moins de 5 ans) étaient courantes et réparties de manière assez égale parmi la population. 34,5% de tous les enfants infectés ont reçu un traitement dispensé par un professionnel de santé, mais ce taux variait de 43,3% en zones urbaines à 24,5% dans les régions rurales, et de 50,7% dans le quintile le plus riche de la population à 18% dans le plus pauvre.

<sup>3</sup> La GIZ a vu le jour au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Elle réunit la longue expérience de la DED, la GTZ et InWEnt. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous rendre à l'adresse suivante : [www.giz.de](http://www.giz.de).

Comme la description qui suit va le montrer, des progrès significatifs ont été réalisés depuis et les chiffres indiquent que la nouvelle approche Concours Qualité du Maroc d'amélioration de la qualité a fortement contribué à ces progrès.

## Mettre en place le Concours Qualité du Maroc

### Commencer par le plaidoyer et la consultation

La GTZ (aujourd'hui GIZ)<sup>3</sup> intervient au Maroc depuis 1975 et dispose d'un bureau à Rabat, la capitale du pays, depuis 1999. Au début de l'année 2004, elle a démarré un partenariat avec le Ministère de la santé dans le cadre d'un programme prévu sur cinq ans (2004-2009) visant à décentraliser le Système de Santé en mettant l'accent sur la Santé Reproductive (PADRESS).

Le programme PADRESS a été aligné sur les plans stratégiques du Ministère (2003-07 et 2008-12). Il constituait la contribution de l'Allemagne à la réalisation des trois objectifs du plan : renforcer les capacités au niveau central et régional pour planifier et administrer le système de santé ; renforcer les capacités des hôpitaux et centres de santé pour planifier et fournir des services de bonne qualité ; accélérer la réalisation des trois OMD liés à la santé en mettant l'accent sur l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile.

En mai 2004, le programme PADRESS a commencé à soutenir un processus de plaidoyer pour l'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ) et un processus de consultations impliquant l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) et des représentants des bureaux régionaux de santé, des districts de santé, des hôpitaux et d'autres établissements de santé pour déterminer si l'approche ASAQ peut être adaptée au Maroc et de quelle manière.

Ce processus a abouti à la décision, en décembre 2004, de concevoir et lancer exceptionnellement un Concours Qualité marocain.

### Jeter les bases

En janvier 2005, bon nombre des personnes qui avaient pris part au processus de plaidoyer et de consultation ont assisté à un séminaire au cours duquel les principes directeurs d'un Concours Qualité pour le Maroc ont été élaborés :

- L'accent est mis sur les processus. Des processus de meilleure qualité conduisent à de meilleurs résultats.
- Engager l'ensemble du système. Les unités les plus faibles d'un système fragilisent ses unités les plus fortes. Les unités parviennent à un meilleur résultat lorsqu'elles font partie d'un tout bien intégré.
- Maintenir la participation volontaire. Les personnes bénévoles sont motivées, et d'autres viendront s'y joindre en voyant le travail accompli par les bénévoles.
- Améliorer le système de récompenses. Dans le cadre d'un concours, même celui qui arrive en dernière position doit être félicité pour sa participation et récompensé pour avoir amélioré ses

performances. Les participants ne doivent jamais être pénalisés ou découragés pour avoir obtenu de moins bons résultats.

Ils se sont également mis d'accord sur des processus et des mécanismes de soutien, ils ont choisi les structures du système de santé qui devraient participer et ont approuvé un plan d'action afin de mettre tout en place pour la 1<sup>ère</sup> édition du Concours Qualité en 2007.

### Énoncer des objectifs et élaborer des outils d'évaluation

Suite au séminaire, une équipe de travail technique a élaboré les objectifs et les outils du Concours Qualité par le biais de consultations qui incluaient des ateliers et des tests sur le terrain dans des structures typiques de celles qui devraient participer à la 1<sup>ère</sup> édition.

Les six critères de l'OMS qui définissent la « qualité des soins » (décrite plus haut dans cette publication) ont été redéfinis comme les six objectifs généraux du Concours Qualité. Ils ont servi de base pour définir neuf dimensions de la qualité à partir desquelles les structures participantes feront leur auto-évaluation comme indiqué dans le tableau 1.

**Tableau 1. Dimensions de la qualité par type d'établissement participant au Concours Qualité.**

| Dimension                                     | District de santé | Hôpital | Centre de santé |
|---|-------------------|---------|-----------------|
| Satisfaction (de la communauté, du personnel) | X                 | X       | X               |
| Éthique (de l'établissement, du personnel)    | X                 | X       |                 |
| Accessibilité, caractère opportun, continuité | X                 | X       | X               |
| Rationalisation des ressources                | X                 | X       | X               |
| Sécurité, réactivité                          | X                 | X       | X               |
| Leadership, partenariat                       | X                 | X       | X               |
| Amélioration continue                         |                   | X       | X               |
| Capacités techniques                          |                   | X       | X               |
| Fonctionnalité                                |                   |         | X               |

Source : GIZ/Ministère de la santé, Royaume du Maroc

Les neuf dimensions ont été décomposées en « aspects ». Par exemple, un aspect de la dimension « Leadership, partenariat » pourrait être « Travail d'équipe mis en place ». Des guides d'auto-évaluation ont été élaborés pour chaque type d'établissement et ils abordent quatre questions se rapportant à chacun des aspects énumérés pour des structures de ce type. Chaque question liée à une étape du cycle PDCA (Planifier-Mettre en œuvre-Contrôler-Agir ; « *Plan-Do-Check-Act* »)<sup>4</sup> visant à mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité doit être un processus continu et cyclique. Les trois premières colonnes du tableau 2 donnent une idée de ce que la page type d'un guide d'auto-évaluation peut contenir.

L'équipe de travail technique a également mis au point des guides destinés à des professionnels expérimentés qui seront formés comme pairs évaluateurs et :

- attribueront des notes en se basant sur les réponses aux quatre questions ;
- feront le total de ces notes pour obtenir une note globale de qualité ;
- se serviront des notes globales de qualité pour mesurer les progrès réalisés en termes d'amélioration d'un concours qualité à l'autre et
- classeront les établissements participants en fonction du score global obtenu (du plus élevé au moins élevé) et de l'amélioration réalisée, et identifieront ainsi les gagnants de chaque édition du Concours Qualité.

Le tableau 2 montre à quoi ressemble une feuille de notation utilisée par les pairs évaluateurs.

Dès le départ, il a été entendu que le Concours Qualité lui-même sera soumis à une amélioration continue de la qualité. Chaque outil sera évalué après chaque édition du Concours Qualité, puis réexaminé afin d'être plus efficace lors de la prochaine édition,

et donc de refléter de nouvelles priorités fixées par les ministres de la santé.

### Mettre en place des mécanismes de soutien

À l'origine, trois organes administratifs ont été mis en place :

- **Le Comité Directeur du Concours Qualité**, composé de hauts représentants du Ministère de la santé et d'organisations partenaires (par ex. des bailleurs de fonds).
- **L'unité d'appui technique du Concours Qualité**, basée dans la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires du Ministère et fournissant un appui technique et administratif au Concours Qualité
- **L'unité d'évaluation du Concours Qualité**, chargée de recruter, former et aider les pairs évaluateurs ainsi que d'assurer le suivi des retombées du Concours Qualité sur le système de santé.

En pratique, l'unité de support technique et les unités d'évaluation se recoupent et travaillent en étroite collaboration avec l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) au niveau du programme d'enseignement et de la formation.

Avant le lancement de la 3<sup>ème</sup> édition (2010) du Concours Qualité, les équipes régionales de travail technique du Concours Qualité ont été mises en place pour appuyer la décentralisation du processus décisionnel et apporter un plus grand soutien aux districts de santé. (Il est à noter que dans la plupart des cas, les limites des districts de santé – délégations en français – correspondent aux limites des provinces ou des préfectures). En outre, les personnes contact du district de santé du Concours Qualité ont été chargées de faire la liaison avec les équipes régionales de travail du Concours Qualité et d'apporter une aide plus concrète et directe aux hôpitaux de district et aux centres de santé.

<sup>4</sup> L'approche PDCA est une approche de gestion largement utilisée ; pour une description de base, voir Dale et al., 2007.



Tableau 2. Exemple de questions et de notations utilisées dans le cadre d'une auto-évaluation.

| Aspect                               | Etape           | Question  | Note  |
|--------------------------------------|-----------------|---|---|
| Le travail d'équipe est mis en place | Planifier       | Quelles méthodes votre centre de santé a-t-il mis en place pour impliquer tout le personnel dans la prise de décision ? | 0 – Aucune méthode<br>1 – Réunions d'équipes ad hoc<br>2 – Réunions d'équipes régulières<br>3 – Compte rendu écrit des décisions prises<br>4 – Responsabilités partagées                                |
|                                      | Mettre en œuvre | Comment vous assurez-vous que les informations sont communiquées et partagées entre tous les membres du personnel ?     | 0 – Aucun partage<br>1 – Diffusion des informations<br>2 – Circulation systématique des informations<br>3 – Réunions thématiques<br>4 – Commentaires sur les informations provenant de sources externes |
|                                      | Contrôler       | Comment évaluez-vous la satisfaction du personnel par rapport au travail et aux conditions de travail ?                 | 0 – Aucune évaluation<br>1 – Observation implicite<br>2 – Observation explicite<br>3 – Communication orale<br>4 – Sondages écrits   |
|                                      | Agir            | Quelles mesures avez-vous prises pour motiver votre personnel ?   | 0 – Aucune mesure<br>1 – Partage des informations<br>2 – Dynamique et esprit d'équipe<br>3 – Implication dans la prise de décision<br>4 – Système d'encouragement                                       |

Source: Concours Qualité

Les deux unités du Concours Qualité mentionnées ci-dessus, l'INAS, et désormais les équipes régionales de travail du Concours Qualité collaborent ensemble pour recruter, former et soutenir un groupe de professionnels qualifiés intervenant en tant que pairs évaluateurs (ou encore « auditeurs/analystes ») tout en continuant à assurer leur emploi habituel. A l'origine, les nouvelles recrues ont été recrutées parmi les directeurs d'hôpitaux, les médecins en chef des centres de santé, les gestionnaires du Ministère de la santé, les délégations régionales de santé et les districts de santé ainsi que les experts de partenaires de développement coopératif tel que l'ancienne GTZ (aujourd'hui GIZ). En leur qualité de pairs évaluateurs, ils se rendent dans les établissements

participants afin d'aider les équipes du personnel à renforcer leurs auto-évaluations et à élaborer des plans d'amélioration. Un peu plus tard, au cours du processus du Concours Qualité, ils effectuent des méta-analyses aboutissant à la note finale et au classement requis pour identifier les gagnants.

En plus d'offrir aux pairs évaluateurs une formation et la toute dernière version du guide des pairs évaluateurs, ce centre d'évaluation les aide également en leur procurant des ordinateurs, un logiciel et une équipe de saisie et d'analyse de données. Ce logiciel, portant le nom de « Concours Qualité Pro » est basé sur *Epi info* (v.6) et dispose des versions électroniques des fiches de notation illustrées au tableau 2.

## Déroulement du Concours Qualité, étape par étape

L'approche du Concours Qualité peut se résumer comme un processus cyclique où chaque cycle – appelé une « édition » – se décompose en sept étapes :

- Étape 1.** Recrutement et préparation des établissements de santé participants
- Étape 2.** Auto-évaluation à l'aide de questionnaires élaborés spécialement pour différents types d'établissements de santé.
- Étape 3.** Analyse de l'auto-évaluation par l'unité d'évaluation du Concours Qualité
- Étape 4.** Évaluations par des pairs par deux professionnels de la santé spécialement formés ou des fonctionnaires qui visitent chaque établissement de santé et travaillent avec le personnel pour affiner leur auto-évaluation
- Étape 5.** Préparation de plans d'amélioration par le personnel de l'établissement à la fin de la visite de l'évaluation par des pairs
- Étape 6.** Des méta-analyses et des récompenses dans lesquels l'unité d'évaluation du Concours Qualité analyse les résultats à travers le système de santé dans son ensemble et identifie les gagnants dans différentes catégories
- Étape 7.** Mise en oeuvre de plans d'amélioration par des établissements participants

Vous trouverez ci-dessous une description détaillée de ces étapes et de la façon dont elles ont évolué d'une édition à l'autre, le Concours Qualité étant lui-même soumis à une amélioration continue de la qualité.

### Étape 1. Recrutement et préparation des participants

En novembre 2006, les outils et mécanismes nécessaires avaient été mis en place et une campagne de sensibilisation avait été lancée au cours du mois. Les premières campagnes de sensibilisation et les

suivantes (une avant chaque édition du Concours Qualité) consistaient en affiches placardées dans les locaux du Ministère de la santé et les bureaux régionaux du département de la santé, les hôpitaux, les centres de santé et d'autres endroits ainsi qu'en conférences de presse et autres afin de susciter l'intérêt des médias et de les amener à relater certaines histoires. Elles comprenaient également des réunions régionales de sensibilisation destinées au personnel des établissements invités à participer au Concours Qualité.

### L'évolution de cette étape au fil des années

La 1<sup>ère</sup> édition (2007) du Concours Qualité a été lancée en janvier 2007 et les participants ont eu environ un mois pour terminer leurs auto-évaluations. Au total, 188 établissements de toutes les régions se sont portés volontaires. On dénombrait notamment 39 districts de santé, 47 hôpitaux et 102 centres de santé.

La 2<sup>ème</sup> édition (2008) du Concours Qualité a été lancée en mars 2008. Au total, 212 établissements se sont portés volontaires, dont 33 districts de santé, 53 hôpitaux et 126 centres de santé. Parmi eux, 24 districts de santé (soit 62%), 39 hôpitaux (soit 83%) et 37 centres de santé (soit 36%) avaient participé à la première édition.

Le PADRESS s'est achevé en 2010, ce qui a mis un terme à la présence de la GTZ/GIZ au niveau de l'équipe de travail technique du Concours Qualité au Ministère de la santé. Le Ministère de la santé a décidé que la participation à la 3<sup>ème</sup> édition (2010) du Concours Qualité serait obligatoire pour les districts de santé et les hôpitaux. Il a également élargi le Concours Qualité aux maternités (participant à titre privé et non pas uniquement dans le cadre des hôpitaux) et aux Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR), et il a mis en place des équipes de travail techniques dans les régions en leur confiant la responsabilité des

centres de santé. Il y a eu quatre vagues du Concours Qualité en 2010 : en mai/juin, 68 districts de santé et 96 hôpitaux ont fait leur auto-évaluation ; en juillet/août, 52 CDTMR ont fait la leur ; en août/septembre,

255 centres de santé en ont fait une ; et en septembre/octobre, 92 maternités ont procédé à leur auto-évaluation.

**Encadré 1. Le Centre de Santé Riad a constaté une fréquentation accrue de ses services de santé maternelle.**

Dr Souad Saâdi est médecin en chef au Centre de Santé Riad dans un quartier pauvre de Meknès. Elle affirme que la participation au Concours Qualité a permis à son personnel d'apprendre à tenir ses dossiers en ordre, à détecter des problèmes et à trouver des solutions pratiques. Un premier résultat a révélé qu'ils se sont rendus compte que des jeunes femmes venaient souvent pour prendre rendez-vous mais qu'elles ne se présentaient pas à ce rendez-vous. Les membres du personnel ont commencé à se rendre dans les familles pour en connaître la raison et les jeunes femmes ont répondu que lorsqu'elles étaient venues prendre rendez-vous, elles avaient vu des hommes et des femmes assis à des bureaux différents mais que la consultation avec les médecins avait lieu dans la même pièce. Elles ne sont pas revenues car elles avaient peur d'être entendues par d'autres si elles abordaient des questions d'ordre privé.

Pour remédier à ces problèmes, le personnel a demandé à certains résidents locaux d'aider à améliorer le bâtiment. Il y a de nombreuses années de cela, une maison de commerce avait été transformée en centre de santé, mais les bâtiments s'étaient délabrés. Les résidents, notamment les commerçants, ont montré un tel enthousiasme lors de la planification qu'ils ont fait don de la plupart de la main d'œuvre et des matériaux nécessaires pour reconfigurer le bâtiment (avec des pièces de consultation réservées aux hommes, aux femmes et aux enfants), réparer et repeindre les murs, et installer des sièges confortables. Aujourd'hui fiers de leur centre de santé, les résidents veillent à ce qu'il soit bien approvisionné en livres et jouets d'enfants ; une femme s'est portée volontaire pour venir tous jours afin de savoir qui a raté ses rendez-vous et se rendre chez les personnes pour en connaître la raison.



Tandis que sa maman enceinte subit un examen médical, un petit garçon parle avec Dr Souad Saâdi dans la salle d'attente réservée aux femmes – confortablement aménagée par des femmes du quartier.

Fin 2009, des cours de préparation à l'accouchement ont été mis en place à l'aide d'un programme élaboré par le Ministère de la santé. Grâce à ces cours, les femmes ont eu recours de manière accrue aux services de santé maternelle du centre. En 2007, moins de 40% des femmes enceintes étaient venues en consultation au cours du premier trimestre de leur grossesse. Aujourd'hui, 100% des femmes viennent consulter non seulement au cours de leur premier trimestre, mais elles consultent au moins quatre fois durant leur grossesse. L'objectif du personnel est de voir 100% des femmes au moins deux fois après leur accouchement. Elles sont déjà 86% à venir et on espère atteindre les 100% d'ici un an.

## Étape 2. Auto-évaluation

L'étape d'auto-évaluation est basée sur des guides écrits proposant des questionnaires spécialement élaborés pour différents types d'établissement de santé. Ces questionnaires sont remplis par des équipes du personnel des établissements participants qui ont été formées à cet effet durant la campagne de sensibilisation initiale. Les guides d'auto-évaluation de la 1<sup>ère</sup> édition (2007) demandaient aux districts de santé participants de répondre à 84 questions, aux hôpitaux participants de répondre à 132 questions et aux centres de santé à 105 questions.

### L'évolution de cette étape au fil des années

Une évaluation réalisée en novembre 2009 a révélé que la plupart des participants étaient d'avis que les guides et le processus d'auto-évaluation étaient très utiles et ils ont notamment souligné la façon dont le processus avait permis de regrouper le personnel en équipes, de leur insuffler l'esprit d'équipe et d'implanter en eux la culture d'amélioration de la qualité.

Les participants ont déclaré que les guides contenaient trop de questions dont certaines étaient très difficiles à comprendre en raison des termes techniques vagues et peu familiers qu'ils employaient, mais ils estimaient également que des questions supplémentaires étaient nécessaires, notamment à propos de ce que les établissements faisaient par eux-mêmes pour améliorer la qualité de leurs services.

Les guides d'auto-évaluation révisés pour la 3<sup>ème</sup> édition (2010) ne contenaient que 47 questions destinées aux districts de santé, 71 pour les hôpitaux, 57 pour les centres de santé, 50 pour les maternités et 66 pour les CDTMR. Les guides de la 4<sup>ème</sup> édition (2011) ont été réexaminés et le nombre de questions destinées aux hôpitaux a été réduit à 54.

## Étape 3. Analyse des auto-évaluations

L'unité d'évaluation du Concours Qualité va recueillir les questionnaires que deux analystes vont analyser individuellement et attribuer une note de 0 à 4 à chacune des réponses. Deux autres analystes vont ensuite comparer les notes attribuées par les deux premiers et se mettre d'accord sur les notes finales qui sont ensuite enregistrées dans le logiciel Pro du Concours Qualité. Différents contrôles ont lieu au stade de la saisie et de l'analyse des données afin d'en garantir l'exactitude.

### L'évolution de cette étape au fil des années

L'évaluation de novembre 2009 a révélé que le système de notation n'a pas été bien compris ni accepté par les représentants de certains établissements participants. Ils ont notamment estimé que ce n'était pas équitable pour un large éventail d'établissements de chaque catégorie (urbain et rural, petit et grand, ancien et neuf, disposant et ne disposant pas de ressources) d'être notés et classés par ordre décroissant alors que certains d'entre eux ne pouvaient matériellement pas satisfaire aux mêmes critères que d'autres. Cette question a été traitée de trois manières au cours de la 3<sup>ème</sup> édition (2010) :

- En évaluant des établissements en se basant sur ce qu'ils font pour améliorer en permanence la qualité dans le cadre de leurs cycles PDCA.
- En mettant d'avantage l'accent sur la façon dont les établissements se sont améliorés d'une édition à l'autre et
- En décomposant les services de maternité en quatre catégories en fonction de la taille et du type d'hôpital dans lequel ils se trouvent.

## Étape 4. Évaluation par des pairs

Les pairs évaluateurs travaillent par équipes de deux. L'un est un homologue médecin qui, dans le cadre de son travail, joue généralement un rôle majeur dans un établissement similaire à ceux qu'il est chargé

d'évaluer. L'autre évaluateur est généralement un gestionnaire et un expert technique des bureaux centraux du Ministère de la santé ou d'organisations partenaires du Ministère ou, dans les dernières éditions, d'un bureau régional de santé.

Une équipe composée de deux pairs évaluateurs passe une journée dans chaque établissement participant et divise cette journée en une séquence logique de quatre tâches. La première tâche consiste en une réunion de présentation avec l'équipe du personnel de l'établissement pour présenter et parler de l'ordre du jour. La deuxième tâche concerne l'enquête des pairs évaluateurs de l'établissement et ses résultats ainsi que les entretiens avec les membres du personnel, de sorte que les pairs évaluateurs peuvent faire leurs propres observations et les comparer avec les réponses de l'auto-évaluation de l'équipe du personnel. La troisième tâche consiste à fournir un feedback à l'équipe du personnel et de travailler avec eux pour perfectionner leur auto-évaluation. La dernière tâche consiste à travailler avec l'équipe du personnel à l'élaboration d'un plan d'amélioration convenant à tout le monde. Depuis la 2<sup>ème</sup> édition du Concours Qualité (2008), les pairs évaluateurs ont, tout en effectuant les quatre tâches, également évalué dans quelle mesure les établissements ayant participé aux éditions précédentes avaient mis en œuvre leurs Plans d'amélioration et amélioré la qualité de leurs services.

Afin de s'assurer que chaque équipe composée de deux pairs évaluateurs fonctionne bien, cette dernière est supervisée au moins une fois au cours de chaque édition du Concours Qualité par un expert en matière d'évaluation du Ministère de la santé ou de l'une de ses organisations partenaires. Les pairs évaluateurs sont parfois retirés de l'équipe si les superviseurs trouvent qu'ils ne conviennent pas et sont peu susceptibles d'apporter une amélioration avec d'autres feedback.



Dr Mina Lahrech, médecin en chef du Centre Santé Mers Sultan à Casablanca, explique à un évaluateur les actions menées par son équipe du personnel pour atteindre les objectifs définis dans leur plan d'amélioration.

### L'évolution de cette étape au fil des années

Au bout de trois jours de formation et dotés de leurs propres manuels d'orientation, une équipe de 80 professionnels de santé étaient prêts à réaliser les évaluations par les pairs pour la 1<sup>ère</sup> édition (2007) du Concours Qualité. L'équipe des pairs évaluateurs était passée à 90 personnes pour la 2<sup>ème</sup> édition (2008) et toutes ces personnes ont du suivre une nouvelle formation (laquelle mettait plus l'accent sur le travail d'équipe) et se sont vues remettre un nouveau guide révisé. Celui-ci indiquait plus clairement que leur rôle ne consistait pas à inspecter et à porter un jugement sur les établissements participants, mais plutôt à les aider à examiner avec soin leurs auto-évaluations et à les perfectionner ainsi qu'à préparer leurs plans d'amélioration. L'équipe était passée à 133 personnes pour la 3<sup>ème</sup> édition (2010) et comprenait 25 personnes qualifiées pour évaluer les maternités et 18 personnes pour évaluer les CDTMR.

L'évaluation de novembre 2009 et les entretiens du mois d'août 2011 qui ont eu lieu dans le cadre de cette publication ont révélé que tandis que tout le monde pense que l'évaluation par les pairs constitue une étape essentielle, et pour la plupart les évaluations par les pairs ont été menées avec succès, beaucoup ont

eu le sentiment qu'une journée n'était pas suffisante pour les pairs évaluateurs pour effectuer les quatre tâches dont ils sont chargés. L'évaluation de novembre 2009 a également révélé que beaucoup de personnes s'interrogent sur les qualifications des pairs évaluateurs, sur leur objectivité et leur façon d'agir. Pour la plupart, ces préoccupations reflétaient les craintes que les pairs évaluateurs émettent un jugement et présentent leurs conclusions aux gestionnaires du District de santé.

Pour la 3<sup>ème</sup> édition (2010), des mesures visant à répondre à ce genre de préoccupations incluaient une nouvelle amélioration des sessions de formation des pairs évaluateurs et le guide. Un effort a également été fait pour s'assurer que les pairs évaluateurs venaient de l'extérieur – si ce n'est de l'extérieur du système de santé publique, du moins de l'extérieur de la région où ils effectuaient leurs évaluations, et surtout pas d'établissements concurrents dans le cadre de cette édition du Concours qualité.

#### Étape 5. Préparation des plans d'amélioration

La dernière tâche consiste à préparer le Plan d'amélioration une fois que les deux pairs évaluateurs et l'équipe du personnel se sont mis d'accord sur les points forts, les points faibles, les problèmes et les opportunités de l'établissement. Cela devrait être le rôle de l'équipe du personnel tandis que les pairs évaluateurs facilitent et font des commentaires et des suggestions. Dans le cadre de la budgétisation et à d'autres fins, la plupart des établissements disposent déjà de plans annuels sur lesquels les Plans d'amélioration devraient s'appuyer. Les plans d'amélioration des établissements ayant participé aux éditions précédentes devraient également s'appuyer sur les plans d'amélioration précédents. Ces plans représentent également une opportunité importante pour mettre en œuvre de nouvelles politiques gouvernementales et cibler des investissements en temps opportun.



Au Centre Santé Mers Sultan à Casablanca, une carte du quartier, la promesse d'une « Médecine Solidaire » et les objectifs visant à améliorer ses services sont affichés à la réception.

#### L'évolution de cette étape au fil des années

Beaucoup des personnes interrogées au cours de l'évaluation de novembre 2009 ont exprimé leurs préoccupations par rapport au fait que ces plans d'amélioration avaient été réalisés trop rapidement – étant donné que la quatrième tâche est une évaluation par des pairs sur une journée – et aux résultats. Certains ont déclaré que les pairs évaluateurs s'étaient montrés trop autoritaires et avaient plus ou moins établi eux-mêmes les plans d'amélioration tandis que d'autres affirmaient que les plans d'amélioration ne cadraient pas bien avec leurs plans annuels ou présentaient des lacunes importantes. Les entretiens du mois d'août 2011 et les visites sur le terrain réalisées dans le cadre de cette publication ont toutefois révélé que la culture de l'amélioration de la qualité s'enracinait et que les établissements qui avaient participé à une ou plusieurs éditions du Concours Qualité effectuaient des auto-évaluations et qu'ils élaboraient et perfectionnaient en permanence des plans d'amélioration qui cadraient mieux avec les plans annuels.

## Encadré 2. Améliorations réalisées à l'hôpital Mohammed V

Le Dr Ahmed Didane est médecin en chef, et également le point de contact du Concours Qualité à l'hôpital Mohammed V de Hay Mohammadi-Aïn Sebaâ, près de Meknès. A l'occasion d'une visite guidée, il nous a expliqué la façon dont ils améliorent progressivement le bâtiment, le mobilier et les services et comment ils s'appuient sur ce qu'ils apprennent lors du Concours Qualité. Il en profite également pour souligner la façon dont les hôpitaux et les autorités sanitaires apprennent les uns des autres et transforment un grand nombre de ces améliorations en normes dans tout le Maroc.

Par exemple, à l'extérieur de l'entrée principale, la liste des tarifs standards du Ministère de la santé relatifs aux procédures courantes a été affichée. Dans l'entrée, ils ont installé d'un côté le bureau des admissions et de l'autre celui des paiements. Tout est informatisé de sorte que personne ne peut demander d'avantage que le tarif standard.

Toutes les salles sont rénovées dans le respect du confort et de l'intimité du patient, avec par exemple des paravents ou des rideaux tirés autour du lit ou encore des pièces de consultation et des petits détails pour les rendre plus accueillantes. L'hôpital dispose d'une nouvelle pharmacie dotée d'un système informatique et de tout le nécessaire pour gérer l'achat, le stockage et la distribution des médicaments ; de nouveaux chariots pour les instruments et les fournitures dont le personnel a besoin dans le cadre des opérations chirurgicales et d'autres interventions ; de nouvelles procédures et de nouveaux équipements pour s'assurer que tout ce qui se trouve sur ces chariots est stérilisé après utilisation et que les déchets médicaux sont éliminés en toute sécurité. Et la visite s'est poursuivie avec le personnel rassemblé tout autour pour expliquer avec une évidente fierté tout ce qui était fait pour que leur hôpital soit aussi bien que possible.

Des listes et des tableaux décrivant les plans et les objectifs ainsi que le suivi des résultats sont affichés dans le hall, les salles d'attente et un peu partout. Un graphique montre une augmentation significative de la fréquentation des patients à l'hôpital au fil des mois. Le Dr Didane souligne le fait que plus de patients est synonyme de plus de revenus, ce qui permet de financer des améliorations supplémentaires.



Au Mohammed V Hospital, l'équipe du personnel a accordé une attention toute particulière à l'amélioration des achats et à la gestion des produits pharmaceutiques.

### Étape 6. Méta-analyse et récompenses

Les notes attribuées lors de l'analyse (étape 3) sont ajustées lors de l'évaluation par des pairs (étape 4). L'utilisation du progiciel du Concours Qualité permet aux analystes d'enregistrer les réajustements dans les feuilles de notation électroniques pour chaque établissement.

Une fois tous les calculs effectués, l'unité de support technique du Concours Qualité du Ministère de la santé va publier un rapport détaillé destiné à un usage en interne par l'unité de support technique et d'évaluation et d'autres parties neutres. Elle fournit les notes et le classement (généralement pour chaque dimension et aspect et pour l'amélioration dans le cadre des cycles PDCA et d'une édition du Concours Qualité à l'autre) accordés à tous les établissements participants, les minimums, maximums et moyennes régionales et les dix meilleurs établissements de leur catégorie. Les annonces publiques ne citent que les dix meilleurs et il devrait en être de même pour les parties ou résumés du rapport complet destinés aux parties non neutres. Par exemple, les gestionnaires et le personnel du District de santé ne devraient pas être en mesure de voir les notes et classements attribués à chacun, mais seulement les dix meilleurs.

Le Concours Qualité accorde également des prix aux établissements les plus performants à l'occasion de cérémonies qui font l'objet d'une attention considérable de la part de la presse (voir encadré). Ces cérémonies sont fréquentées par des ministres marocains, des Walis (Responsables de régions), des gouverneurs de provinces et de préfectures, des directeurs d'hôpitaux, des médecins en chef de centres de santé, et également des représentants de l'Union Européenne (UE) et autres bailleurs de fonds importants.

### L'évolution de cette étape au fil des années

A partir de la 2<sup>ème</sup> édition (2008) du Concours Qualité, le logiciel a inclus un calcul de l'évolution des notes d'une édition à l'autre. Il reporte ensuite les résultats dans des grilles de notation pour tous les établissements de même catégorie et il les classe par ordre décroissant en fonction de l'amélioration réalisée dans chaque dimension, de l'aspect et de la qualité d'ensemble.

### Étape 7. Mise en oeuvre de plans d'amélioration

La dernière étape consiste pour les établissements participants à réellement mettre en oeuvre leurs plans d'amélioration. Chaque établissement le fait à sa façon. L'unité de support technique du Concours Qualité, les groupes de travail techniques régionaux du Concours Qualité et les points de contact du District de santé du Concours Qualité sont en mesure de fournir un certain nombre de conseils et leur appui pour la mise en oeuvre des plans d'amélioration, mais ils n'ont pas la capacité d'apporter tout le soutien voulu à de nombreux établissements. Sinon, l'appui technique le plus important pour la mise en oeuvre des plans d'amélioration provient de l'INAS qui développe des formations adéquates pour ces établissements qui en ont le plus besoin comme l'indiquent leurs auto-évaluations et les évaluations par les pairs. A ce jour, les principaux bénéficiaires de ce genre de formations ont été des hôpitaux et leurs maternités.



**Encadré 3. Présentation des gagnants mais également de toutes les autres personnes ayant participé**

Dr Abdelwahab Cherradi, actuellement Directeur Régional des services de santé à Meknès-Tafilalet, travaillait à Agadir et il est intervenu comme pair évaluateur lors de la 1<sup>ère</sup> édition du Concours Qualité. Lorsqu'il a pris ses nouvelles fonctions, il a appris que les membres du personnel de certaines structures de santé de la région étaient découragés car ils avaient obtenu des notes très basses par rapport à certaines structures d'autres régions. Il fallait les convaincre que l'objectif global du Concours Qualité n'était pas d'être le meilleur dès le départ, mais d'aspirer à le devenir avec le temps et de s'améliorer d'une édition à l'autre. Lors de la 3<sup>ème</sup> édition, certaines de ces mêmes structures ont remporté des prix les classant parmi les meilleures de leurs catégories. Le docteur est convaincu que tous les établissements devraient être chaleureusement félicités pour leur participation au Concours Qualité et encouragés à poursuivre leurs efforts.

Le Dr Abdelali Belghiti Alaoui, directeur de la DHS, note que les prix du Concours Qualité sont des moyens importants pour promouvoir le Concours Qualité. Il remarque que les gagnants des premières, deuxièmes et troisièmes places sont fiers des coupures de presse dont ils font l'objet ainsi que des certificats qu'ils peuvent afficher dans les halls ou salles d'attente de leurs établissements.

A ce jour, les gestionnaires des établissements vainqueurs ont été récompensés par des voyages d'études en Allemagne, en Tunisie et au Canada, et ils – ou leurs équipes du personnel – ont reçu une formation supplémentaire en matière de leadership, de gestions des produits pharmaceutiques, d'hygiène et de sécurité du personnel et des patients, et ils se sont vus remettre du matériel informatique neuf. Certains pensent que le fait de récompenser les gestionnaires plutôt que les équipes du personnel va à l'encontre de l'esprit du Concours Qualité. Le Dr Abdelali Belghiti Alaoui explique qu'une lutte est engagée pour trouver un moyen d'attribuer des bons prix à ceux qui les méritent. Avec d'autres personnes, il s'accorde également à dire que le fait que la culture de la qualité s'enracine, les équipes du personnel sont d'avis que la fierté qu'elles retirent à améliorer la qualité des soins qu'elles dispensent est une récompense suffisante.

## Réalisations et défis du Concours Qualité



Mme Imane Rajji (portant un sac en bandoulière), le point de contact du Concours Qualité dans la région du Grand Casablanca, effectue des visites régulières dans des centres de santé et des hôpitaux pour voir comment ils progressent et s'ils ont besoin d'aide.

### Réalisations

Une analyse récente réalisée par le Haut Commissariat au Plan du Maroc a révélé que le Maroc est sur la bonne voie non seulement pour atteindre les cinq Objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015, mais qu'il les dépassera de loin. La mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes est passée de 332 en 1985-91 à 227 en 2003-2004,

puis a fortement baissé en 2010 pour atteindre 112 (Ministère de la santé, 2011). En l'absence d'une étude d'évaluation formelle, il est difficile de dire à quel point le Concours Qualité a lui-même contribué à la forte baisse du taux de mortalité maternelle, mais de hauts fonctionnaires de la santé sont d'avis que sa contribution a été essentielle.

### Augmentation de la participation

A ce jour, la plupart des données concernant la réussite de cette initiative sont dues plus à des processus qu'à des indicateurs d'impact ainsi qu'à des données qualitatives. Un point positif a été l'augmentation de la participation par différents types d'établissements sanitaires comme l'indique le tableau 3. L'augmentation la plus importante bien sûr s'est fait sentir lorsque la participation est devenue obligatoire à l'occasion de la 3<sup>ème</sup> édition ; c'était en soi une mesure de la valeur qui lui a été attribuée par le gouvernement du Maroc.

Tableau 3. Augmentation des établissements participant au Concours Qualité, 2007-2010

|                    | 1 <sup>ère</sup> édition<br>(2007) | 2 <sup>ème</sup> édition<br>(2008) | 3 <sup>ème</sup> édition<br>(2010) | Augmentation<br>2007-2010 | %<br>Augmentation |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Districts de santé | 39                                 | 33                                 | 68                                 | 29                        | 174%              |
| Hôpitaux           | 47                                 | 53                                 | 96                                 | 49                        | 204%              |
| Centres de santé   | 102                                | 126                                | 357                                | 255                       | 350%              |
| Maternités         |                                    |                                    | 92                                 | 92                        |                   |
| CDTMR              |                                    |                                    | 52                                 | 52                        |                   |
| <b>Total</b>       | <b>188</b>                         | <b>212</b>                         | <b>665</b>                         | <b>477</b>                | <b>353%</b>       |

Source: Concours Qualité

### Notes à la hausse

Un deuxième point positif est l'amélioration des notes des établissements participants, une réussite qui reflète non seulement l'auto-évaluation des établissements mais également la validation de l'évaluation par des pairs et du processus de méta-analyse. Le tableau 4 montre des améliorations des notes moyennes (les chiffres reflètent la moyenne en % du score maximum) le long de chaque dimension pour tous les districts de santé et hôpitaux qui ont participé à la 1<sup>ère</sup> (2007) et à la 3<sup>ème</sup> (2010) édition du Concours Qualité et pour tous les centres de santé qui ont participé à la 1<sup>ère</sup> et à la 2<sup>ème</sup> édition (2008). Le rapport complet de la 3<sup>ème</sup> édition ne fait pas ce calcul pour les centres de santé, mais il ajoute quelque chose de nouveau pour tous les établissements, notant la performance dans chacune des quatre étapes d'un cycle PDCA, puis classant les

centres en fonction de leurs efforts déployés en matière d'amélioration de la qualité.

### Inculquer une culture de l'amélioration de la qualité

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette publication dans différents établissements et à différents niveaux du Système de Santé marocain indiquent que le Concours Qualité a réussi à développer l'esprit d'équipe et à promouvoir la culture de l'amélioration de la qualité dans des établissements qui ont participé à une édition du Concours Qualité et à la suivante. Pour ces derniers, le concours sur la qualité est de moins en moins important, étant donné que les équipes du personnel sont très motivées pour suivre, évaluer et améliorer en permanence la qualité des soins de santé fournis par leurs établissements.

**Tableau 4. Modifications des notes (% de la note maximale) par différents établissements, 2007-2010**

| Dimension                                     | 39 districts de santé |                      | 47 hôpitaux          |                      | 37 centres de santé  |                       |
|---|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|   | 1 <sup>ère</sup> éd.  | 3 <sup>ème</sup> éd. | 1 <sup>ère</sup> éd. | 3 <sup>ème</sup> éd. | 1 <sup>ère</sup> éd. | 2 <sup>ème</sup> éd.* |
| Satisfaction (de la communauté, du personnel) | 55                    | 58                   | 51                   | 60                   | 63                   | 70                    |
| Éthique (de l'établissement, du personnel)    | 52                    | 57                   | 45                   | 50                   |                      |                       |
| Accessibilité, caractère opportun, continuité | 60                    | 64                   | 47                   | 53                   | 62                   | 67                    |
| Rationalisation des ressources                | 55                    | 63                   | 49                   | 56                   | 55                   | 64                    |
| Sécurité, réactivité                          | 55                    | 62                   | 47                   | 58                   | 53                   | 59                    |
| Leadership, partenariat                       | 50                    | 60                   |                      |                      |                      |                       |
| Amélioration continue                         |                       |                      | 47                   | 49                   |                      |                       |
| Capacités techniques                          |                       |                      | 47                   | 60                   |                      |                       |
| Leadership hôpital                            |                       |                      | 44                   | 55                   |                      |                       |
| Leadership/amélioration continue              |                       |                      |                      |                      | 57                   | 62                    |
| Partenariat                                   |                       |                      |                      |                      | 51                   | 58                    |
| Fonctionnalité                                |                       |                      |                      |                      | 62                   | 65                    |

\* Voir texte expliquant pourquoi on donne les chiffres de la 2<sup>ème</sup> édition plutôt que ceux de la 3<sup>ème</sup> pour les centres de santé

Source: Concours Qualité

### Devenir le principal mécanisme pour l'amélioration de la qualité

Le Concours Qualité a dépassé le stade de validation clinique du principe et promet de s'affirmer comme le principal mécanisme du Maroc assurant le suivi, l'évaluation et l'amélioration de son système de santé et de ses établissements. Cette réalisation doit beaucoup au solide leadership et à l'engagement du Ministère de la Santé et des hauts gestionnaires et leur personnel au sein du Ministère au siège de Rabat, de certains bureaux régionaux de santé et districts de santé, et donc à l'enthousiasme et au dévouement des gestionnaires et du personnel de certains hôpitaux, centres de santé et autres structure de santé qui servent maintenant d'exemples remarquables de bonnes pratiques.



Le personnel du Centre Santé Moulay El Hassan à Tétouan a pu constater que des dossiers de patients bien tenus permettent de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs définis dans les manuels du Ministère.

### Reconnaissance par le Ministère des Finances et les bailleurs de fonds

L'Union Européenne (UE) a soutenu la réforme et la décentralisation du système de santé du Maroc depuis 2001. Avec le financement de l'UE à hauteur de 20 millions d'euros, la première phase (2001-2008) de l'accord UE-Maroc a mis l'accent sur la présentation des réformes et la mise en place des mécanismes. Avec un financement de l'UE à hauteur de 40 millions d'euros, l'accord de la seconde phase (2008-

2012) met l'accent sur la consolidation des acquis et l'extension des soins de santé de base aux couches les plus défavorisées de la population. L'accord de la seconde phase nécessite : (1) un « mécanisme » visant à améliorer en permanence la performance de tout le système de santé et de ses établissements, (2) l'amélioration continue de l'accès aux soins et (3) l'amélioration continue des soins. L'UE et les ministères des finances et de la santé du Maroc reconnaissent tous que le « mécanisme » mentionné est le Concours Qualité.

De même, on reconnaît que l'accord de subvention du round 10 du Fonds mondial avec le Maroc suppose que l'amélioration de la qualité des services fournis par tous les Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) s'effectuera en grande partie en les faisant participer au Concours Qualité.

### Défis

Les résultats incontestables du Concours Qualité ne doivent pas occulter plusieurs défis importants, s'ajoutant aux questions évoquées plus haut dans les descriptions étape par étape.

### Ressources et contraintes de temps

Au moment de la rédaction du présent document, la 4<sup>ème</sup> édition (2011) du Concours Qualité est en cours, mais les districts de santé ne sont pas concernés. Les trois premières éditions ont montré qu'il faut souvent compter six mois, depuis le début d'une auto-évaluation jusqu'à l'accord sur un Plan d'amélioration et, si un Concours Qualité a lieu chaque année, le temps manque pour mettre le plan en œuvre et obtenir des résultats significatifs. De même, la plupart des régions sont toujours loin d'avoir la capacité de promouvoir et soutenir le Concours Qualité dans tous leurs établissements de santé chaque année. Les entretiens du mois d'août 2011 pour cette publication

ont révélé que même avec la décision de n'inclure les districts de santé que tous les deux ans, la plupart ont toujours le sentiment que le Concours Qualité ne dispose pas de toutes les ressources nécessaires (notamment dans certaines régions) pour préparer et soutenir les établissements au cours des étapes 1 et 2.

### Réduire les écarts de qualité

Les rapports complets relatifs à chaque édition du Concours Qualité sont une mine d'informations pour savoir à quel niveau se situent les faiblesses des structures et du système de santé marocain et du Concours Qualité lui-même. Le Concours Qualité en est à ses premières armes, mais ces écarts viennent confirmer l'opinion de presque chaque personne interrogée dans le cadre de cette publication : le Concours Qualité est un mécanisme efficace pour améliorer la qualité des soins de santé, mais il pourrait être encore beaucoup plus efficace.



Le fait d'afficher des barèmes d'honoraires, de fusionner les bureaux d'inscription et de paiement et d'informatiser toutes les transactions a empêché de facturer des frais non autorisés dans cet hôpital marocain.

### Défis identifiés par des participants

Conformément aux principes sous-jacents de maintien de l'amélioration de la qualité, voilà ci-après quelques-uns des principaux défis – et dans certains cas, solutions – identifiés par certains participants dans le cadre de l'initiative du Concours Qualité :

#### 1. Trouver une entité indépendante et réputée en mesure de fournir un soutien technique.

Le Dr Abdelali Belghiti Alaoui, Directeur de la DHSA, a déclaré que la GIZ avait gagné plus en reconnaissance en introduisant le Concours Qualité que pour n'importe quelle autre action entreprise au Maroc. La grande notoriété de la GIZ, l'expertise technique et l'indépendance (par ex. aucun intérêt direct dans la façon dont les établissements sont notés et classés) a donné au Concours Qualité un niveau élevé de crédibilité. Un défi consiste aujourd'hui à trouver ou mettre en place une autre entité qui donne au Concours Qualité ce qu'il obtenait de la part de la GIZ, mais ce sur une base permanente et durable. Une possibilité serait un consortium d'universités européennes et de centres de recherche collaborant avec leurs homologues marocains, et transférant ainsi leurs connaissances vers le Maroc.

#### 2. Réexaminer les principes initialement convenus ainsi que d'autres éléments du Concours Qualité et trouver les meilleures réponses à ces questions :

- a) **La participation doit-elle être obligatoire ou volontaire ?** La décision de rendre la participation à la 3<sup>ème</sup> édition (2010) obligatoire a été communiquée du fait que le Concours Qualité avait été reconnu comme un mécanisme efficace pour mettre en œuvre les politiques du Ministère de la santé et atteindre les objectifs liés aux OMD et autres. Toutefois, certains participants s'inquiètent du fait que la participation obligatoire pourrait nuire à la motivation et à l'engagement.
- b) **Quelle est l'importance de ce concours ?** Les sentiments concernant le caractère compétitif du Concours Qualité sont mitigés. Tout en reconnaissant la réussite d'un établissement, il peut également décourager des participants mal classés et certains n'en ressentent plus la nécessité, la culture de l'amélioration

de la qualité étant de plus en plus répandue et profondément ancrée.

- c) **Quelle est l'importance de la confidentialité ?** Dans le cadre des entretiens, les gens insistent généralement sur le fait que seuls les noms des dix meilleurs candidats sont destinés à être rendus publics ou divulgués à quiconque se trouve en position d'autorité par rapport à des établissements moins bien notés. Cependant, il existe des raisons pratiques évidentes pour identifier les participants faiblement notés dans chaque édition (par ex. pour identifier leurs besoins en termes de formation).
- d) **Les pairs évaluateurs doivent-ils être externes ou internes au système ?** Dans les deux premières éditions du Concours Qualité, certaines préoccupations concernaient la compétence et l'impartialité des pairs évaluateurs sélectionnés parmi les cadres supérieurs des établissements évalués. Mais dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> édition, il a semblé que les préoccupations se portaient encore plus sur la compétence de personnes venues de l'extérieur et qui comptaient sur des facilitateurs pour leur expliquer les choses. Certains participants pensent que les préoccupations concernant les pairs évaluateurs se résumaient à une crise de croissance et que le personnel de l'établissement de santé est maintenant en train de comprendre que les pairs évaluateurs apportent un regard neuf sur leurs équipes. Demander aux médecins en chef d'évaluer les centres de santé les uns des autres contribue à donner le sentiment que tout le monde dans le système de santé fait partie d'une équipe s'évertuant à améliorer la qualité de tout le système.
- e) **A quelle fréquence les établissements doivent-ils participer à un concours de qualité ?** Le consensus qui se dessine semble

aller dans le sens où il faudrait un calendrier de rotation dans lequel chaque catégorie d'établissement participe à ce concours seulement une fois tous les deux ans. Ce système leur donnerait le temps de mettre en œuvre les plans d'amélioration élaborés dans un concours et de produire des résultats significatifs avant de participer au prochain concours. Cela permettrait également au Concours Qualité d'utiliser plus efficacement ses ressources qui restent limitées tout en maintenant une activité continue plutôt que d'avoir des hauts et des bas.

3. **Aligner ou intégrer le Concours Qualité avec des mécanismes de certification** et d'autres mécanismes d'assurance qualité permettrait de supprimer les doubles emplois et le gaspillage qui amènent les gestionnaires et le personnel des hôpitaux et des centres de santé à se plaindre des évaluations répétées et fastidieuses effectuées par des pairs évaluateurs et autres, et exigeant préparation et suivi. Le Concours Qualité pourrait devenir le mécanisme principal pour le suivi et l'évaluation des établissements, permettant de les amener à une mise aux normes acceptable, leur attribuant une certification et leur garantissant de maintenir un niveau de normes acceptable afin de garder leur certification à jour.
4. **Produire des rapports publics résumant les rapports détaillés du Concours Qualité plus accessibles** permettrait de sensibiliser d'avantage l'opinion publique par rapport à ses réalisations. De nombreux lecteurs estiment qu'il serait utile de savoir de quelle manière le Concours Qualité peut améliorer les résultats (par ex. le pourcentage de toutes les femmes enceintes ayant recours aux services de santé maternelle) et les conséquences (par ex. réduction de la mortalité maternelle et infantile).

Plusieurs personnes interrogées ont convenu que commander une évaluation détaillée du Concours Qualité à des consultants indépendants serait hautement souhaitable à l'issue de la 4<sup>ème</sup> édition (2011) du Concours Qualité. Au moment de la mise sous presse

de la présente publication, on a annoncé le projet d'une évaluation de ce genre par un expert marocain en collaboration avec l'Ecole de santé publique à l'Université Libre de Bruxelles.

#### Encadré 4. Aider à réduire la mortalité maternelle



Permettre aux jeunes mamans de se sentir à l'aise dans les maternités a été l'une des clés pour réussir à faire baisser rapidement les taux de mortalité maternelle et infantile au Maroc.

Dr Katra Ennada Darkaoui, directrice de la division des soins ambulatoires de la DHSA explique que le plan stratégique pour la santé 2008-2012 et l'actuel Ministre de la santé donnent la priorité absolue à la réalisation du 5<sup>ème</sup> objectif de l'OMD pour 2015, à savoir réduire la mortalité maternelle de trois quarts par rapport à 1990, année de référence. Dès le début, les guides d'auto-évaluation du Concours Qualité destinés aux hôpitaux et aux centres de santé les ont vivement encouragés à accorder une attention toute particulière à leurs services de santé maternelle. Le Concours Qualité a constitué à son avis l'intervention la plus efficace qu'elle ait jamais vue dans ces services tout au long de sa longue carrière dans le système de santé marocain.

# Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) au Yémen

*A l'automne 2010, le Programme Germano-Yéménite de Santé Procréative (YG-RHP) a publié l'article Quality improvement for health care providers: With friendly guidance and support (YG-RHP, 2010). Ce document fournit des informations sur le Yémen et son PAQ (Programme d'Amélioration de la Qualité ; « Quality Improvement Programme ») qui est similaire en termes de détails aux informations fournies dans cette publication sur le Concours Qualité du Maroc. Dans cette section, nous résumons un certain nombre de ces informations afin de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les deux approches.*

## Trouver une approche d'amélioration de la qualité adaptée au Yémen

Dépendant du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) du Yémen, le Programme Germano-Yéménite de Santé Procréative (YG-RHP) a commencé à promouvoir et soutenir la conception et le lancement du Programme d'amélioration de la Qualité du Ministère à la mi-2006. Le processus de conception impliquait un examen approfondi de l'ASAQ et les leçons à retenir de l'expérience avec le Concours Qualité dans d'autres pays, mais également l'étude attentive des défis uniques auxquels le MSPP du Yémen doit faire face dans tout ce qu'il fait.

L'un de ces défis réside dans le fait que les 21 Bureaux de Santé des gouvernorats du Yémen sont en grande partie responsables de la mise en place de la politique des soins de santé et de la répartition des ressources et qu'ils peuvent décider d'adhérer ou de se soustraire aux initiatives du MSPP comme ils l'entendent. Les gestionnaires et le personnel des hôpitaux et des centres de santé réagissent mal face à la critique, même s'il s'agit de conseils ou instructions diplomatiques et bien intentionnés. De plus, les hôpitaux et centres de santé manquent souvent sérieusement de ressources, d'une alimentation sûre en eau potable, et ont la réputation d'être corruptibles et

incompétents, à tel point que des structures locales préfèrent souvent employer des médicaments inefficaces et parfois dangereux vendus dans des magasins locaux ou chez des guérisseurs traditionnels.

Compte tenu de ces difficultés, l'équipe de conception a décidé qu'un programme d'amélioration de la qualité qui a fonctionné pour le Yémen devrait être moins systématique, du moins au début, et moins compétitif que le Concours Qualité. Il devra donc être introduit de manière plus progressive et avec plus de prudence, avec une aide plus conséquente pour un moins grand nombre de participants sélectionnés plus soigneusement jusqu'à ce qu'il ait fait ses preuves.

## Processus et résultats en bref

### Innovation au niveau de la conception

Plusieurs innovations ont fait leur apparition dans le processus de conception du Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ), au premier rang desquels la création d'un nouveau type de facilitateur de processus : le *Sadiq*.

Traditionnellement, au Yémen comme ailleurs, les organisations sont structurées selon une hiérarchie et la supervision est descendante. Un problème avec cette approche réside dans le fait que les superviseurs peuvent ne jamais entendre parler des problèmes rencontrés par le personnel (notamment parce que le personnel a peur d'être blâmé et de subir des mesures disciplinaires), ni des idées du personnel sur la façon de résoudre ces problèmes. Alors que les participants cherchaient un moyen d'exploiter au mieux les connaissances et les idées du personnel, ils en sont venus à l'idée du *Sadiq* (terme arabe pour « ami »). En tant que facilitateur du processus du PAQ, le *Sadiq* est considéré comme un expert mais également un bon ami de chaque membre du personnel qui les écoute, respecte leurs



opinions, fait des observations pleines de tact et leur offre amicalement conseils et soutien.

A l'instar des pairs évaluateurs du Concours Qualité, les *Sadiqs* du PAQ sont sélectionnés parmi les cadres supérieurs d'hôpitaux, des centres de santé et des autorités sanitaires (par ex. MSPP et gouvernorat et bureaux sanitaires de district). Mais ils sont sélectionnés plus soigneusement sur la base de leur personnalité, attitudes et compétences de communication et ils reçoivent une formation supplémentaire leur permettant d'établir une confiance mutuelle et de bonnes relations à la fois avec les gestionnaires (par ex. leurs pairs) et le personnel des établissements participants.



Ses notes à la main, un *Sadiq* du PAQ partage ses observations avec l'ensemble du personnel d'un petit hôpital.

### Participation volontaire

Les établissements sanitaires décident eux-mêmes s'ils veulent poser leur candidature pour participer au programme en se basant sur les critères de participation et les avantages que la participation au PAQ peut leur apporter. Ils en font la demande auprès de leurs bureaux sanitaires de gouvernorat respectifs à l'annonce d'un nouveau groupe du PAQ qui doit avoir lieu tous les ans. Quitter le PAQ n'entraîne aucune pénalité. La relation entre un *Sadiq* et l'équipe du PAQ peut prendre fin du fait de l'établissement de

santé ou bien du *Sadiq* et de l'équipe PAQ s'ils pensent qu'elle ne s'avère pas intéressante. C'est ce que l'on appelle le Principe *Maa-Salama* (ou en français, le principe « Au revoir »).

### Le processus

Les éléments clés du processus du PAQ sont les suivants :

**Visites des *Sadiqs*.** Un maximum de quatre visites a lieu au cours des quelques 18 mois qui sont nécessaires à un groupe d'établissements sanitaires pour venir à bout du processus PAQ. Contrairement aux équipes du personnel impliquées dans le processus du Concours Qualité, il n'est pas demandé aux équipes intervenant dans le processus PAQ de faire des auto-évaluations avant les visites de *Sadiq*. Au lieu de cela, les *Sadiqs* réunissent des informations sur un établissement participant avant de lui rendre visite pour la première fois. Après une première réunion avec l'équipe du personnel afin d'expliquer la procédure, ils parcourent l'établissement en faisant des observations et en posant des questions s'articulant autour de six catégories : leadership, planification, ressources, processus, satisfaction du personnel et satisfaction des patients. Ils rencontrent ensuite l'équipe du personnel pour faire un point sur leurs réactions au cours duquel ils vont poser des questions, partager des hypothèses et faciliter un accord sur les points forts et les faiblesses de l'établissement, et enfin sur un plan d'amélioration. Lors de visites ultérieures, les *Sadiqs* vont examiner de près les progrès réalisés avec le personnel, et pourraient convenir de modifier le Plan d'amélioration si les deux parties estiment que cela s'avère nécessaire.

**Formation sur le tas et soutien matériel.** En général, un *Sadiq* va permettre à une équipe du personnel d'identifier ses besoins en matière de formation lors de sa seconde visite, puis mettre en place un programme de formation qui fonctionne pour toutes les

parties concernées. L'établissement bénéficie d'une formation dispensée par des experts expérimentés dans les trois domaines suivants : gestion des établissements sanitaires ; hygiène et stérilisation ; services de santé reproductive. Ces experts ont eux-mêmes suivi des cours spécialisés en méthodologie de formation, en mettant l'accent sur les compétences interpersonnelles afin de pouvoir apporter conseils et soutien de façon neutre et non menaçante. Sur l'avis du formateur, le matériel peut être fourni si le formateur a l'assurance que l'établissement de santé l'utilisera correctement.



Une formatrice en Santé Reproductive du PAQ explique comment enseigner aux femmes la façon d'utiliser correctement un moyen contraceptif et s'assurer qu'elles ont bien compris.

**Évaluation et certification.** Lorsque le *Sadiq* et l'établissement de santé estiment que l'établissement est prêt à être soumis à une évaluation, ils peuvent demander à un groupe d'expert d'évaluer cet établissement afin d'obtenir la certification PAQ (valable pour un an). Les établissements sanitaires dont l'évaluation a été négative ont la possibilité de participer à nouveau.

**Un soutien continu.** Suite à la certification, les établissements participants reçoivent la visite du *Sadiq* deux fois par an afin que celui-ci leur prodigue des conseils et un soutien en permanence. Le processus

implique chaque année également une réévaluation et une nouvelle certification.

### Résultats

37 établissements de santé avaient été sélectionnés pour participer au **groupe 1** du PAQ qui s'est déroulé début 2007. 116 autres candidats ont participé au **groupe 2** qui avait démarré à la fin de cette même année. Le **groupe 3** a démarré en 2009 et bien qu'il ait subi certains retards, il comptait 95 établissements de santé à la mi-2010.

A ce jour, les conseils et le soutien du PAQ ont été étendus à un total de 209 établissements dans lesquels on a estimé qu'ils avaient été appliqués avec succès ou qui sont actuellement appliqués avec de bonnes chances de réussite. Cela concerne 185 établissements situés dans les sept gouvernorats couverts par le YG-RHP (voir tableau 5) et 24 établissements participants supplémentaires dans trois autres gouvernorats. (Pour situer le contexte, le Yémen dispose actuellement de 3 073 établissements de santé dont 2 258 unités de santé, 635 centres de santé et 180 hôpitaux répartis sur 21 gouvernorats).



En interrogeant les femmes sur les raisons pour lesquelles elles ne viennent pas consulter, les hôpitaux et centres de santé du Yémen ont appris qu'il leur fallait avoir du personnel féminin et des salles d'attente et de consultation réservées uniquement aux femmes.

Au fil des ans, certains établissements de santé ont interrompu leur participation au PAQ, soit parce qu'ils appliquaient le principe du *Maa-salama* (décrit plus haut) ou parce qu'ils ont échoué aux évaluations. D'autres ne sont pas suffisamment bien avancés pour faire partie des 209 établissements du Yémen dans lesquels l'approche PAQ est considérée comme étant un succès ou sur le chemin du succès comme en témoignent les accréditations du PAQ.

**Tableau 5. Les établissements de santé publics qui ont participé au PAQ et ont été ou sont prêts à être évalués et certifiés, juillet 2010.**

| Gouvernorat                | Nombre d'établissements de santé publics | Établissements avec Services de Santé Reproductive (SSR) | Établissements avec SSR qui sont certifiés au PAQ ou prêts à l'être |
|----------------------------|--|--|---|
| Abyan (YH-RHP)             | 125                                      | 44   | 23  |
| Al-Mahweet (YH-RHP)        | 145                                      | 103  | 23  |
| Amran (YH-RHP)             | 132                                      | 105  | 12  |
| Hajjah (YH-RHP)            | 190                                      | 112  | 43  |
| Ibb (YH-RHP)               | 229                                      | 165  | 35  |
| Mareb (YH-RHP)             | 95                                       | 61   | 26  |
| Sana'a (YH-RHP)            | 197                                      | 114  | 23  |
| <b>Sous-total (YH-RHP)</b> | <b>1,113</b>                             | <b>704</b>   | <b>185 (26%)</b>  |
| Autres (non YH-RHP)        | n/a                                      | n/a  | 24  |
| <b>Total pour le Yémen</b> | <b>3,073</b>                             | <b>1,714</b>   | <b>209 (12%)</b>  |

Remarque : Le gouvernorat de Sana'a comprend les régions suburbaines et rurales de la ville de Sana'a qui est un gouvernorat en elle-même.

Source : GIZ/Ministère de la Santé publique et de la Population du Yémen.

**Encadré 5. Une formule gagnante : Meilleurs services = plus de patients = plus de revenus = des capacités accrues pour continuer à améliorer les services**

Saleh Al-Sormi est le directeur de l'hôpital de Shibam dans le gouvernorat d'Al-Mahweet. L'hôpital de Shibam était l'un des 30 participants du PAQ du groupe 1 à avoir obtenu sa certification en mars 2008. En mai 2010, le Dr Al-Sormi a fait part de ses expériences « avant le PAQ » et « après le PAQ ».

Avant le PAQ, il n'y avait pas de réunions régulières du personnel, aucune planification et un grand laxisme dans les contrôles financiers. Les procédures en matière d'hygiène et de stérilisation n'étaient pas bien adaptées, ce qui entraînait des infections inutiles chez les patients. Les sages-femmes ont souvent peu ou pas de formation en matière de contraception et sont incapables de fournir de bons conseils. Les patients n'étaient pas satisfaits des services et le personnel ne l'était pas non plus. Mais le personnel conservait ses habitudes depuis des années.



Un formateur en hygiène du PAQ a montré au personnel de l'hôpital de Shibam comment stériliser correctement du matériel et éviter ainsi des infections inutiles chez les patients.

Avec les conseils et le soutien du PAQ, les membres du personnel a commencé à tenir des réunions hebdomadaires où les contributions de chacun étaient bienvenues. Ensemble, ils ont trouvé des solutions aux problèmes qu'ils ont pu détecter au cours de leurs tournées quotidiennes et une fois par mois, ils ont examiné les données du mois précédent relatives aux patients et aux revenus et se sont mis d'accord sur la façon de répartir les excédents. Ils ont mis en place des systèmes d'enregistrement des données des patients plus perfectionnés et se sont servi de ces données ainsi que des données démographiques et sanitaires de leurs zones concernées pour élaborer des plans annuels.

Formant désormais une équipe, le personnel a eu tôt fait d'améliorer ses normes en matière d'hygiène, de stérilisation et de consultation et s'est lancée dans l'approche communautaire. L'hôpital de Shibam a créé un Comité de santé communautaire (composé de trois membres de son personnel et deux enseignants) qui est devenu le porte-parole de la communauté. Le nombre de patients a augmenté et est passé de 120 par mois avant le PAQ à plus de 1700 par mois aujourd'hui. Le financement de base du gouvernorat s'est maintenu à 200 000 YER (Rial yéménite) par mois, mais les recettes provenant des honoraires facturés aux usagers ont augmenté pour passer de 120 000 à 750 000 YER par mois. Cela leur a permis de réparer le bâtiment et le système d'égouts, d'ajouter une zone de réception et une salle d'opération, d'augmenter le personnel pour passer de 32 à 52 personnes et d'ajouter une équipe d'après-midi. Des projets sont en cours pour augmenter leur budget de fonctionnement de base et passer à 1,2 millions YER par mois, et ils négocient avec le Fonds social pour le Développement du Yémen pour le financement de la construction d'un étage supplémentaire à l'hôpital.

## Réalisations et défis du PAQ

Des évaluations relatives aux impacts du PAQ sur les participants du groupe 1 et 2 ont révélé un certain nombre d'indications quant à son succès, à la fois internes aux différentes infrastructures et par rapport aux établissements non participants. Des augmentations significatives ont, par exemple, été observées dans le recours aux services de planification familiale, aux accouchements médicalisés et aux soins prénataux, en grande partie parce que les hôpitaux et centres de santé du PAQ se sont fixés des objectifs et ont ensuite tout mis en œuvre pour les atteindre. En outre, le personnel et la satisfaction des patients ont augmenté dans les établissements où le PAQ a été mis en œuvre avec succès (YG-RHP, 2010).

Récemment, le PAQ a été élargi à tous les services de soins de santé primaires dans les sept gouvernorats de l'YG-RHP au lieu des seuls services de santé reproductive. En dehors des sept gouvernorats de l'YG-RHP, les responsables de la santé et les établissements de santé sont bien informés sur le PAQ et ses réalisations et ont également demandé à y participer. Comme mentionné ci-dessus, 24 établissements de trois autres gouvernorats ont trouvé leur propre financement et se sont lancés dans le processus du PAQ : ils ont soit obtenu une certification ou ont été jugés comme étant sur la bonne voie pour obtenir cette certification.

Les effets du PAQ ont été tels qu'à la mi-2010, le MSPP et l'YG-RHP ont déclaré leur intention d'engager des partenaires à tous les niveaux (y compris les bailleurs de fonds internationaux) dans un processus sur trois ans afin de mettre en place le PAQ comme le principal mécanisme grâce auquel le Yémen améliore et maintient la qualité des soins de santé par le biais de certifications/re-certifications régulières d'établissements de soins de santé répondant aux normes minimum.

Au moment de la rédaction, la mise en œuvre de ce programme est retardée par la crise politique

secouant le pays. Et ceci, bien plus que des lacunes quelconques dans la conception du programme, est actuellement le principal défi rencontré pour une mise en œuvre du PAQ.

### Dans quelle mesure le PAQ diffère du Concours Qualité

Le PAQ du Yémen diffère grandement du Concours Qualité au Maroc de différentes façons. Il s'agit notamment de :

#### **La participation au PAQ demeure volontaire.**

Contrairement au Maroc où le Concours Qualité est maintenant devenu obligatoire, le PAQ dépend des établissements sanitaires considérant la participation de leur propre personnel et les fonctionnements importants. Les établissements de santé peuvent se retirer à tout moment sans se voir infliger des pénalités ou des sanctions.

#### **Les *Sadiqs* du PAQ sont une innovation de taille.**

Bien qu'ils ressemblent aux pairs évaluateurs du Concours Qualité en étant sélectionnés parmi les cadres supérieurs des hôpitaux, centres de santé et autorités sanitaires, on les choisit avec le plus grand soin sur la base de leur personnalité, attitudes et compétences en communication, puis on leur dispense une formation supplémentaire leur permettant d'établir une confiance mutuelle et de bonnes relations à la fois avec les gestionnaires (par ex. leurs pairs) et le personnel des établissements participants.

#### **Le support technique et organisationnel du PAQ**

est plus structuré et détaillé que dans le Concours Qualité. Au Maroc, les établissements sanitaires sont plus susceptibles de se débrouiller seuls pour trouver des ressources pour mener à bien leurs plans d'amélioration. Le programme yéménite soutient l'amélioration de la qualité de manière plus intensive et cohérente à long terme.

## Leçons à retenir du Maroc et du Yémen

Malgré leurs différences – qui reflètent les différences au niveau des systèmes de santé, des traditions culturelles et conditions économiques dans les deux pays – un certain nombre de leçons communes peuvent être tirées suite aux expériences faites dans le cadre du Concours Qualité et du PAQ.

**Une démarche d'amélioration de la qualité par l'équipe du personnel** peut se révéler très efficace dans toutes les structures de santé.

**Comme cette démarche est menée à plus grande échelle, s'étend à l'ensemble du système et implique d'avantage d'établissements dans un système de santé**, on commence à parvenir à la masse critique nécessaire pour déclencher le changement que l'ASAQ vise à atteindre. En d'autres termes, le fait que la culture de l'amélioration de la qualité se propage et prenne racine développe une certaine dynamique et tend à être soutenu par l'esprit d'équipe.

**Pour être des plus efficaces, une équipe du personnel a besoin de conseils et de soutien** et ce soutien devrait comporter des formations dans des domaines où le personnel présente des lacunes. Ce besoin en conseils et soutien est particulièrement important dès le début.

**Les personnes dispensant ces conseils et ce soutien doivent être sélectionnées avec beaucoup de soin**, formées et supervisées pour garantir que les équipes du personnel leur fassent confiance et se sentent à l'aise pour communiquer avec elles ouvertement.

**Lorsque les ressources destinées à l'amélioration de la qualité sont limitées**, il peut s'avérer préférable de les concentrer en premier lieu sur des établissements plus solides et d'en faire des modèles de bonnes pratiques.

**Le fait d'accélérer l'amélioration de la qualité pour atteindre certains objectifs ambitieux** (par ex. les OMD) peut cependant nécessiter d'importants investissements initiaux dans ce que sont généralement les institutions les plus faibles d'un système de santé, celles qui interviennent auprès des populations à faible revenu, rurales et particulièrement vulnérables.

**La participation volontaire peut permettre d'avoir des participants très motivés et engagés** alors que la participation obligatoire peut convenir pour accélérer l'amélioration de la qualité afin d'atteindre des objectifs ambitieux. Peser le pour et le contre de la participation volontaire ou obligatoire peut demander une étude approfondie dans certains environnements.



Ce docteur yéménite a pu constater que traiter les patients avec courtoisie, compassion et respect est essentiel pour dispenser des soins de qualité.

**Les avantages et les inconvénients d'une concurrence plus ou moins importante dans un programme d'amélioration de la qualité** peuvent également demander une étude minutieuse. La fierté et la satisfaction d'un travail bien fait peuvent être pour le personnel une motivation suffisante

dans certains cas, mais la reconnaissance publique et des récompenses tangibles peuvent contribuer à accroître le sentiment de satisfaction et de fierté du personnel.

**Une certification attestant qu'un établissement a répondu aux normes minimales** est le meilleur motif possible pour améliorer et maintenir la qualité.

**Les concours, certifications et autres récompenses ne devraient jamais empêcher** les institutions les plus faibles de faire de leur mieux pour s'améliorer. Ceci est d'autant plus vrai que les institutions les plus faibles sont normalement celles qui interviennent auprès des populations les plus démunies en matière de soins de santé de meilleure qualité.

## Évaluation par des pairs

En se basant sur les informations fournies par la présente publication, deux pairs évaluateurs indépendants ont évalué les approches du Maroc et du Yémen en matière d'amélioration de la qualité par rapport aux huit critères publiés dans la *German Health Practice Collection* (GHPC) et en sont venus à la conclusion que les deux approches étaient « des bonnes pratiques ou des pratiques prometteuses ».

Les deux évaluateurs ont commenté favorablement l'envergure des deux approches malgré leurs différences considérables, et leur flexibilité en tant que processus adaptatifs et évoluant d'eux-mêmes. L'un des évaluateurs a noté que « la combinaison auto-évaluation, évaluation par des pairs, *benchmarking* et composante compétitive [dans le cas du Concours Qualité], est certainement une combinaison intéressante pour susciter un changement. »

Concernant l'**efficacité**, les deux évaluateurs ont déclaré qu'il est trop tôt pour juger des impacts globaux des initiatives sur les systèmes de santé des deux pays et encourage la réalisation d'évaluations complètes (comme cela sera bientôt le cas au Maroc). Ils ont jugé que la **reproductibilité** était élevée avec un évaluateur notant que « grâce à leur dynamisme et leur ouverture à intégrer la communauté, les expériences semblent être également suffisamment souples pour être transférables à des établissements similaires ». Ils ont trouvé que les deux approches étaient **participatives et responsabilisantes** et ils ont jugé le recours à des pairs évaluateurs et le développement participatif d'outils et d'indicateurs comme des atouts importants. Ils ont noté qu'aucune de ces initiatives n'avait mis l'accent directement sur la sensibilisation à l'**égalité des sexes**, bien qu'un évaluateur ait fait observer que l'approche de l'équipe par rapport à l'évaluation impliquant le personnel à tous les niveaux était susceptible d'avoir un impact positif sur l'égalité de sexes au sein des établissements de santé. Les

évaluateurs n'ont pas fait de commentaires sur les critères de qualité de **suivi et d'évaluation** et le rapport **coût-efficacité**, mais au contraire les jugements en délibéré en attendant les résultats des évaluations formelles. Toutefois, les deux évaluateurs ont jugé les deux approches **innovantes**, avec l'une décrivant les efforts du Concours Qualité pour prendre en compte à la fois les priorités d'ordre national et les questions de mise en œuvre pratique en ayant recours à une approche PDCA (Planifier-Mettre en œuvre-Contrôler-Agir) comme « une innovation exceptionnelle ».

Concernant le dernier critère, à savoir la **durabilité**, les évaluateurs ont trouvé que les deux approches avaient de bonnes perspectives sur le long terme. L'un a déclaré que la souplesse de ces approches constituait la clé de leur durabilité en citant la capacité du Concours Qualité à changer la fréquence des éditions comme un exemple. En répondant aux limites opérationnelles, ce changement garantit à la fois l'efficacité et l'intégrité de l'initiative à l'avenir et « pourrait aussi ... accroître l'acceptabilité et le rapport coût-efficacité ».



## Références

- Bengoa, R et al. (2006). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva, World Health Organization.
- Creel, L C et al. (2006). *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, Population Council and Population Reference Bureau.
- Dale, B. et al. (2007). *Managing Quality*, 5th ed. Malden, MA, Wiley-Blackwell.
- Donabedian, A (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.
- Dujardin B et al. (2008). *Values behind Systemic Quality Improvement (SQI)*. Eschborn, Systemic Quality Improvement Network, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Dujardin B et al. (2010). *Pour une évaluation de l'ASAQ-Concours Qualité au Maroc: Document de référence pour le protocole de recherche*. Eschborn, Systemic Quality Improvement Network, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- EFQM (2010). *Introducing the EFQM Excellence Model 2010*. Brussels,
- GIZ (2007). *How to initiate and steer Systemic Quality Improvement: An advisor's guide for the health sector and other social sectors*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- HMRTI (2010). *Assessing the Effects of the Yemeni German Quality Improvement Programme (YG-QIP) on Utilization of Services, User and Staff Satisfaction. Final Report*, May 2010. Sana'a, Health Management Research and Training Institute (HMRTI).
- IMF (2011). *World Economic Outlook*. Washington DC, International Monetary Fund (IMF).
- Ministère de la Santé et al. (2005a). *Document de Project du Concours Qualité*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ); l'organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- Ministère de la Santé et al. (2005b). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-04*. Rabat et Calverton, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Planification et des Ressources Financières; Le Caire, ORC Macro et Projet PAFAM Ligue des Etats Arabes.
- Ministère de la Santé et al. (2007). *Concours Qualité: Edition 2007. Rapport Global*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Ministère de la Santé et al. (2008a). *Concours Qualité: Edition 2008. Principaux Résultats*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.
- Ministère de la Santé et al. (2008b). *Manuel de formation de Auditeurs/Analystes. Concours Qualité*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Ministère de la Santé et al. (2010a). *Concours Qualité: Edition 2010. Rapport Global*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Ministère de la Santé (2010b). *Santé et chiffres 2009*. Rabat, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction des Planification et des Ressources Financières.
- Ministère de la Santé et al. (2011). *Systemic Quality Improvement in the Moroccan Health Care System: Operational guide*. Rabat and Eschborn, Ministère de la Santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, and Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).
- Ministry of Health (2011). *Reducing maternal mortality in Morocco: Sharing experience and sustaining progress*. Rabat, Ministry of Health, Directorate of Hospitals and Ambulatory Care.
- Ministry of Public Health and Population et al. (1998). *Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997*. Calverton (Maryland), Ministry of Public Health and Population and Macro International Inc.
- Ministry of Public Health and Population et al. (2004). *Family Health Survey 2003*. Sana'a, Ministry of Public Health and Population, and Pan-Arab Project for Family Health (PAPCHILD).
- Ministry of Public Health and Population Ministry et al. (2008). *Multiple Indicator Cluster Survey 2006: Yemen, Monitoring the situation of children and women*. Sana'a, Ministry of Public Health and Population, Pan-Arab Project for Family Health (PAPCHILD) and United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Morocco Coordination Committee to Fight AIDS and TB. *Round 10 Proposal to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2010)*. Rabat, Management Unit, Global

Fund Support Programme, Department of Epidemiology and Disease Control, Ministry of Health.

UN (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

UNDP (2009). *Human Development Report 2009. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*. New York, United Nations Human Development Programme.

UNDP (2010). *Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. New York, United Nations Human Development Programme.

World Bank (2011). *Gross national income per capita 2009: Atlas method and PPP*. World development indicators database. Washington, World Bank, 14 April 2011.

WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva, World Health Organization (WHO).

WHO (2006a). *Health System Profile: Morocco*. Cairo, World Health Organization (WHO), Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO).

WHO (2006b). *Health System Profile: Yemen*. Cairo, World Health Organization (WHO), Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO).

WHO (2010). *The world health report 2010, Health Systems Financing: The path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization (WHO).

WHO (2011). *National Health Accounts, March 2011*. Geneva, World Health Organization (WHO).

YG-RHP (2010). *Quality improvement for health care providers: With friendly guidance and support*. Sana'a, Yemeni-German Reproductive Health Programme (YG-RHP).



Publié par

Deutsche Gesellschaft für  
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

German Health Practice Collection

Programme to Foster Innovation, Learning and Evidence  
in HIV and Health Programmes of German Development Cooperation (PROFILE)

Sièges sociaux

Bonn et Eschborn, Allemagne

Friedrich-Ebert-Allee 40  
53113 Bonn, Allemagne  
T +49 228 44 60 - 0  
F +49 228 44 60 - 17 66

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5  
65726 Eschborn, Allemagne  
T +49 6196 79 - 0  
F +49 6196 79 - 1115

ghpc@giz.de

www.german-practice-collection.org

En collaboration avec

Ministère de la santé, Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé publique et de la Population, République du Yémen

Auteur

Stuart Adams

Conception

www.golzundfritz.com

Photographies

Cover, pp. 7, 10, 33, 34, 35, 36, 38, © GIZ Yémen / Linda Shen  
pp. 14, 19, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 31, © GIZ Maroc

Mise à jour

Janvier 2012

GIZ est responsable des contenus de cette publication.

Mandaté par

Ministère Fédéral de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) ;  
Services de la santé et des stratégies politiques en matière de population

Adresses postales des deux sièges du Ministère

BMZ Bonn  
Dahlmannstrasse 4  
53113 Bonn, Allemagne  
T +49 228 99 535 - 0  
F +49 228 99 535 - 3500

BMZ Berlin | im Europahaus  
Stresemannstrasse 94  
10963 Berlin, Allemagne  
T +49 30 18 535 - 0  
F +49 30 18 535 - 2501

poststelle@bmz.bund.de  
www.bmz.de