



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

L'Approche Qualité dans le Système de Santé Marocain : Opportunités d'Amélioration

Présenté par

Ayoub MOUNABIH

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Administration Gestion

Spécialité Gouvernance et Management Public

Le 08 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Madame Danièle BORDELEAU Présidente

Directrice du Département Administration-Gestion,
Université Senghor d'Alexandrie

Monsieur Fulbert AMOUSSOUGA Membre

Professeur Titulaire des universités, Directeur de
l'Ecole Doctorale Sciences Economiques et de
Gestion- Directeur du CEFRED-Université d'Abomey-
Calavi.

Madame Reham ADEL Membre

Professeur à l'Académie Arabe des Sciences et des
Technologies

Remerciements

Je souhaiterais adresser mes remerciements les plus sincères à l'endroit de Mme Danièle BORDELEAU, directrice du département Administration-Gestion, lui témoignant ma gratitude pour sa patience, ses conseils et son soutien durant tout le processus de notre formation. Je remercie également Mme Suzanne YOUSSEF, assistante de département Administration-Gestion pour son dévouement, ses efforts consentis et sa participation active au bon déroulement de notre formation, ainsi que tout le personnel de l'Université Senghor.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance envers, Dr. Alaoui Belghiti Abdelali l'ex-directeur de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires et tout le personnel de la DHSA, particulièrement Dr. BELKAAB Nejoua, responsable de l'Unité Qualité pour son encadrement et ses conseils durant mon stage de mise en situation.

Mes remerciements s'étendent également au Professeur Richard RICOUARD, qui a eu la gentillesse de lire et corriger ce travail.

Enfin, je remercie toute personne ayant, de manière ou d'une autre, contribué à la réalisation de ce travail.



Merci

Dédicaces

A l'âme de mon père, que dieu l'ait en sa sainte miséricorde et son paradis

A ma mère, pour ses prières, son affection et ses sacrifices, qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mon amour le plus sincère

A mes frères et sœurs, pour leur soutien et encouragements, qu'ils soient assurés de toute ma gratitude

A mes collègues et amis, pour les bons moments qu'on a passé ensemble

Ayoub

Résumé

L'amélioration de la qualité des prestations des soins et des services en établissement de santé est devenue une préoccupation universelle. Au Maroc, l'amélioration de la qualité des soins et des services dans les structures sanitaires est l'un des axes stratégiques de la politique sanitaire.

Dés les années 1990, le Maroc s'est inscrit dans un processus d'amélioration de la qualité en initiant un certains nombres de projets pilotes. Ces efforts ont été couronnés par la mise en place d'un Plan National d'Assurance Qualité (PNAQ) qui constitue le cadre de référence des interventions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Le contexte caractérisé par une dynamique des réformes politiques, institutionnelles, économiques et sociales engagés au pays, va favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche structurée de la qualité des soins. L'institutionnalisation de la démarche qualité va se concrétiser par le lancement en 2004 de nombreux projets : Concours Qualité, Accréditation Hospitalière, Audit Clinique.

S'il est vrai que des progrès indéniables ont été réalisés, il n'est pas évident que nos structures de soins demeurent toujours confrontées à des difficultés de plusieurs ordres qui entravent la qualité et la sécurité des soins.

Le but de cette étude est de fournir, sur la base d'une analyse des Plans d'Amélioration élaborés dans le cadre du Concours Qualité, un diagnostic de l'état des établissements de santé, de déceler les opportunités d'améliorations qui s'offrent à leur égard et d'en formuler des recommandations susceptibles d'aider et d'orienter les responsables à tous les niveaux du système de santé, sur la gestion de la qualité.

L'analyse des Plans d'Améliorations effectuée, concernant les trois types de structures : Hôpitaux, Maternité, Centre de Santé, nous a permis d'identifier les axes prioritaires à aborder pour conduire l'amélioration de la qualité. A la lumière de ces constats dégagés, des recommandations seront formulées visant à porter l'attention sur les points à forte incidence sur la qualité des prestations de soins.

Mots clés : Maroc, système de santé, Démarche Qualité, Amélioration de la Qualité, Concours Qualité, Analyse, Plan d'Amélioration, Opportunité d'Amélioration.

Abstract

Improving the quality of healthcare and services in health establishments has become a universal interest. In Morocco, improving healthcare and services in health centers is one of the strategic axes of healthcare politics. Since 1990, Morocco was engaged in a process to promote quality through the initiation of some projects. These efforts were enhanced by the National Plan of Quality Insurance (NPQI) which is considered as a reference framework to promote healthcare and services.

The context characterized by dynamism in what concern institutional, political and economic reforms will help adopting a structured approach of healthcare quality. The institutionalization of quality process was concretized by launching in 2004 several projects: Quality Competition, Hospital Accreditation, and Clinical Audit.

If it is true that an undeniable progress was made, it is not evident that our health establishments are beset with hurdles that hamper healthcare services and security. The aim of this study is to provide, on the basis of analysis of Improvement Plans developed in Quality Competition, a diagnosis of healthcare establishment's state, detect the improvement opportunities that could help and drawing some recommendations susceptible of orienting the leaders in healthcare system.

The analysis of Improvement Plans was put into effect at the level of three structures: Maternity, Healthcare Centers and Hospitals have enabled us to establish priorities to improve quality. In the light of what has been noticed, some suggested will put forward to draw the attention, focusing on the points of high incidence on the quality of healthcare delivery.

Key words: Morocco, Healthcare system, Quality Process, Improving Quality, Quality competition, analysis, Improvement plans, Improvement opportunities.

Liste des acronymes

AFNOR	: Agence française de normalisation
AMO	: Assurance maladie obligatoire
AmQ	: Amélioration de la qualité
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AQ	: Assurance qualité
ASAQ	: Approche systémique d'amélioration de la qualité
CIP	: Communication interpersonnelle
CNSS	: Caisse nationale de sécurité sociale
CQ	: Concours qualité
DHSA	: Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires
DQ	: Démarche qualité
EDS	: Enquête démographique de santé
FC	: Formation continue
GIZ	: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
IFCS	: Institut de formation aux carrières de santé
IOM	: Institute of Medicine
ISO	: International Organization for Standardization
MS	: Ministère de la Santé
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PA	: Plan d'amélioration
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDCA	: Plan, Do, Check, Act.
PIB	: Produit intérieur brut
PNAQ	: Plan national d'assurance qualité
RAMED	: Régime d'assistance médicale
SDCA	: Standardize, Do, Check, Act

USAID : United States Agency for International Development

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WHO : World Health Organization

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : les 7 étapes du concours qualité	10
Figure 2 : La Roue de Deming présentée par Sollac	17
Figure 3 : le cadre du prix Malcolm Baldrige pour le secteur de santé 2011-2012	22
Figure 4 : le Modèle européen d'excellence EFQM 2013	23
Figure 5 : Axe Sécurité/Réactivité (Hôpitaux)	33
Figure 6 : Axe Satisfaction (Hôpitaux)	33
Figure 7 : Amélioration continue (Hôpitaux).....	34
Figure 8 : Axe Sécurité/Réactivité (Maternité)	36
Figure 9 : Axe satisfaction (Maternité)	36
Figure 10 : Axe Amélioration continue (Maternité).....	37
Figure 11 : Axe Satisfaction (centres de santé)	39
Figure 12 : Axe Amélioration continue (centres de santé)	39
Figure 13 : Axe sécurité/Réactivité (centres de santé)	40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les différentes dimensions de la qualité par type de structures	11
Tableau 2 : Les différents aspects par axe d'amélioration des Hôpitaux.....	28
Tableau 3 : Les différents aspects par axe d'amélioration des Maternités	29
Tableau 4 : Les différents aspects par axe d'amélioration des centres de santé.....	30
Tableau 5 : Nombre de recommandations par axe d'amélioration des Hôpitaux.....	31
Tableau 6 : Nombre de recommandations par axe et par aspects des Hôpitaux	32
Tableau 7 : Nombre de recommandations par axe des Maternités	34
Tableau 8 : Nombre de recommandations par axe et par aspects des Maternités.....	35
Tableau 9 : Nombre de recommandations par axe des centres de santé	37
Tableau 10 : Nombre de recommandations par axe et par aspects des centres de santé	38

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicaces	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes.....	v
Liste des illustrations.....	vii
Introduction	1
CHAPITRE I Problématique de la qualité dans les établissements de soins au Maroc.....	4
1.1 Le système de santé du Maroc et ses défis	4
1.1.1 Organisation du système national de santé	5
1.1.2 Les principaux défis du système de santé marocain.....	5
1.2 Description des démarches qualité entreprises par le Ministère de la Santé	6
1.2.1 Aperçu historique de l'approche Gestion de la Qualité au Maroc	7
1.2.2 Le concours qualité comme démarche d'évaluation	8
1.3 Questions de recherche	12
CHAPITRE II Approches Qualité	13
2.1 Portée du concept qualité.....	13
2.1.1 La qualité.....	13
2.1.2 La qualité en santé.....	13
2.1.3 Assurance qualité.....	15
2.1.4 L'amélioration continue de la qualité	16
2.1.5 Démarche qualité	18
2.2 Evaluation de la qualité	20
2.2.1 Les dimensions de la qualité.....	20
2.2.2 Modèles de management de la qualité	21
CHAPITRE III Approche Méthodologique.....	24
3.1 Apport du Stage.....	24
3.2 Type d'étude.....	25
3.3 Outils de collecte de données	25
3.3.1 Recherche documentaire	26
3.3.2 Entretiens.....	26
3.3.3 Analyse des Plans d'Amélioration	26
3.4 Echantillons par type de structure (Hôpitaux, Maternités, Centre de Santé).....	27

3.5 Méthode d'analyse	27
3.6 Traitement des données.....	30
CHAPITRE IV Présentation des résultats.....	31
4.1 Présentation des résultats par structures	31
4.1.1 Au niveau des Hôpitaux	31
4.1.2 Au niveau des Maternités.....	34
4.1.3 Au niveau des Centres de Santé.....	37
4.2 Analyse et discussion des résultats.....	40
4.3 Recommandations.....	47
Conclusion	48
Références bibliographiques	50
ANNEXES.....	53
Annexe 1	53
Annexe 2	54
Annexe 3	55

Introduction

La santé occupe aujourd'hui un rang très élevé sur l'échelle des priorités internationales. Le souci de la santé des populations est en effet devenu un élément essentiel de la problématique du développement économique. Jusqu'ici sous-estimée, une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté (OCDE, 2003).

Les systèmes de soins de santé sont confrontés actuellement à plusieurs défis redoutables : complexité des besoins et des processus de soin, augmentation de la demande de soins (particulièrement pour les pathologies chroniques) et, ce qui est plus déterminant encore, l'émergence d'un paysage économique dans lequel les systèmes de soins doivent faire plus avec moins. La qualité revêt une importance considérable au regard de tous ces défis. Une qualité de soins médiocre compromet tous les objectifs des systèmes de santé modernes. Elle est synonyme d'insatisfaction des patients, de surmorbidity, de mortalité prématurée, et de majoration des coûts de santé.

Depuis une quinzaine d'années en Afrique, un nombre croissant de pays s'engagent dans la mise en œuvre de démarche qualité, de nombreux facteurs étaient à l'origine de cet engouement à la qualité liés aux pressions exogènes internationales, mais aussi d'une prise de conscience interne relative aux nouvelles exigences des citoyens, devenus de plus en plus informés, et d'un contexte économique marqué par une raréfaction des ressources publiques. Souvent inspiré de l'expérience des pays industrialisés, ces projets intervenus dans les services de santé publics visaient à améliorer la qualité des soins en introduisant un certain nombre d'outils; cercles qualité, audits cliniques, cycles de résolution de problèmes et autres méthodes qualité. Ces projets ont mis en œuvre des approches participatives, la résolution locale de problèmes et le changement, bousculant plus ou moins fortement les pratiques managériales traditionnelles.

A court terme, les évaluations montrent l'amélioration des résultats de programmes ou d'activités. Toutefois, la pérennité de la dynamique reste largement à démontrer. En effet, le véritable aboutissement d'un programme d'assurance qualité devrait être apprécié à l'aune de sa capacité à mettre la préoccupation pour la qualité au cœur du management et du fonctionnement du système, et ce de façon continue. C'est la vision moderne de l'assurance qualité déclinée dans les approches du management de la qualité totale, de l'amélioration continue de la qualité ou de l'organisation apprenante.

Autrement dit, la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son management est l'un des résultats attendu d'un programme d'amélioration de qualité (Blaise, 2005).

Inscrit dans cette dynamique, Le Maroc a, depuis 1992, mis en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité dans les services de santé de base. Ces expériences ont montré des résultats prometteurs et sont jugées très enrichissantes tant par les prestataires que par la direction. Mais elles ont été limitées à

quelques sites pilotes et certaines de ces expériences pourtant fort appréciées lorsqu'elles étaient en cours ont été abandonnées par la suite et ne se sont pas pérennisées.

Dans la perspective de pallier à ces limites et en vue de promouvoir l'internalisation de la culture qualité dans la gestion quotidienne des services de soins, le ministère a enchaîné avec d'autres projets qualité, l'objectif étant de généraliser cette approche à l'ensemble du système de soin. C'est ainsi que l'approche qualité va être institutionnalisée avec le lancement d'un certain nombre de projets qualité en 2004, entre autres : Concours Qualité, Accréditation Hospitalière, Audit Clinique,... La création d'une unité qualité au sein de la DHSA chargé de piloter l'ensemble de ces projets rentre dans cette même logique d'institutionnalisation.

Le Concours Qualité qui a été mis en place par le ministère en 2004 en collaboration avec la coopération allemande (GIZ) constitue le projet phare du département. Il se présente comme une approche systémique d'amélioration de la qualité (ASAQ) qui cherche à améliorer d'une manière continue la qualité des soins et des services de santé. Focalisée sur la qualité du processus à travers une compétition positive et volontaire, l'ASAQ vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement de l'ensemble du système. L'objectif est de partir des ressources et des potentialités du système pour obtenir une amélioration rapide et efficace de sa qualité.

La démarche du concours comporte sept étapes ; préparation des structures candidates / lancement du CQ, Auto-évaluation, Analyse de l'auto-évaluation, Audit & feed back, Elaboration des plans d'amélioration, Proclamation des résultats et remise des prix, Appui à la mise en œuvre des plans d'amélioration.

Jusqu'à présent, quatre éditions du CQ d'envergure nationale ont été organisées : la 1^{ère} en 2007, la 2^{ème} en 2008, la 3^{ème} en 2010 et la 4^{ème} en 2011. Les structures participantes appartiennent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire : centre de santé, hôpitaux, maternités... le CQ vise à renforcer la filière de soin dans sa globalité dans une vision systémique, renforcer également l'intégration et la coordination entre ces niveaux complémentaires du système de soin, et assurer par conséquent la continuité des soins qui est un élément important de la qualité des prestations

Chaque année le CQ fait l'objet d'une amélioration continue, les responsables du programme essaient de modifier cet outil et de l'adapter pour qu'il puisse tenir en compte les évolutions du contexte et les nouvelles préoccupations dans le domaine de la santé. Notre présent travail s'inscrit dans cette logique d'amélioration. En effet, notre contribution sera d'établir un diagnostic des différents problèmes relatifs à la qualité au niveau des structures de soins ayant participées à l'édition 2011 du concours, à partir de l'analyse des plans d'amélioration élaborés à l'issue de ce concours.

A travers cette étude, nous tentons de répondre à la question suivante : Quelles sont les opportunités d'amélioration identifiées par la démarche qualité entreprise au niveau des structures de santé au Maroc ?

L'approche méthodologique adoptée pour appréhender cette étude repose sur des recherches documentaires et les informations recueillies pendant notre stage de mise en situation, des entretiens effectués avec les responsables de l'Unité Qualité du Ministère, et essentiellement sur les données que nous avons collectées suite à l'analyse des plans d'amélioration des différentes structures participantes au Concours Qualité dans son édition 2011.

Pour traiter ce sujet notre travail sera ventilé sur quatre parties :

- Le premier chapitre sera consacré à la problématique des établissements de soins, présentation du système de santé marocain, ses acquis et ses défis.
- Ensuite, nous nous attarderons sur l'évolution des concepts liés à l'approche qualité, le management par la qualité et l'approche processus.
- Dans le troisième chapitre nous exposerons l'approche méthodologique adoptée pour aborder cette étude.
- Et enfin, nous présenterons dans un dernier chapitre les résultats de notre analyse, leurs discussions et nos recommandations.

CHAPITRE I Problématique de la qualité dans les établissements de soins au Maroc

Depuis quelques années le Maroc vit au rythme de grands chantiers, la cadence des réformes a été accélérée sur tous les plans politique, économique que social. Le service de soin, pendant longtemps relégué au second plan, rejoint cette mouvance soutenue de réformes. Plusieurs facteurs ont milité en faveur de ces réformes dans le domaine de soin : d'une part, un contexte interne caractérisé par un déficit en ressources financières humaines et matérielles, un usager averti et informé qui devienne de plus en plus exigeant, tapage médiatique autour de la situation de nos hôpitaux, et aussi les dispositions de la nouvelle constitution marocaine de 2011 qui sont venues consacrer le droit à la santé... D'autre part, un contexte externe marqué par l'enjeu que représente la santé sur le plan international et les incessantes recommandations formulées par les organisations mondiales à cet égard ; l'OMS s'est servie 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 en matière de santé : Réduire la mortalité infantile; Améliorer la santé maternelle; Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (WHO, 2000).

Conscient des enjeux qui se posent, le ministère de la santé, s'est inscrit dans une dynamique d'amélioration de son système, en quête d'une meilleure efficacité qui intègre la qualité des soins. Il s'agit donc de répondre en fonction des ressources disponibles aux besoins implicites et explicites des patients. De ce fait, les établissements hospitaliers Marocains se trouvent devant un défi et doivent engager une réflexion sur leur management car ils ne peuvent plus fonctionner dans une logique du «au jour le jour». Le défi pour les gestionnaires est de s'assurer de la qualité, de la pertinence et de l'efficacité des services offerts tout en garantissant une gestion optimale et efficace des ressources humaines, matérielles et financières. C'est donc la recherche d'une gestion performante au sens de Gilbert¹. Pour cela, ils doivent être à l'affût des informations probantes et pertinentes afin de bien gérer, de prendre la mesure et de s'organiser.

Pour mieux comprendre ces enjeux, il conviendrait dans un premier temps de dresser un tableau de la situation sanitaire au Maroc.

1.1 Le système de santé du Maroc et ses défis

Au lendemain de l'indépendance, le pays s'est engagé dans une dynamique de développement de son système de santé. Comme dans tous les pays du monde, ce système présente des atouts et des faiblesses. La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) 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*, 2005).

¹ <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article525>

1.1.1 Organisation du système national de santé

L'organisation du système de santé Marocain (Annexe 1) se caractérise par une certaine pluralité de l'offre de soins, où il y a une complémentarité entre plusieurs intervenants. L'offre publique de soins est assurée principalement par les structures du Ministère de la santé. Ces structures comportent un réseau de soins de santé de base essentiellement ambulatoires, un réseau hospitalier avec des hôpitaux universitaires et non universitaires, et un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux. Font partie également de l'offre publique de soins les services de santé des Forces armées royales, les services de médecine scolaire et universitaire, les bureaux d'hygiène municipaux et communaux qui dépendent des collectivités locales, les services de santé de certains établissements publics dont le statut n'est pas défini. Sont rattachés à l'offre publique de soins de santé des unités et services de divers départements administratifs (unités de préventions sanitaires collectives, unités de transport sanitaire, service de médecine pénitentiaire).

L'offre privée de soins de santé est assurée par des cabinets médicaux, des cabinets de médecine dentaire, des cabinets de soins paramédicaux, des laboratoires de biologie médicale, des laboratoires d'anatomie pathologique, des cliniques, des unités de médecine du travail, des officines de pharmacie, des fournisseurs de matériel et biens médicaux et des établissements de transport médical.

Il existe aussi un secteur privé dit à but non lucratif qui n'est pas bien défini sur le plan légal et réglementaire et qui est constitué de structures sanitaires des mutuelles, des établissements du Croissant Rouge Marocain et d'établissements de ligues et de fondations.

D'autres structures participent à l'offre de soins. C'est le cas de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sans statut juridique défini, les services médicaux de certaines administrations, les consultations médicales et autres structures de certains établissements publics, des structures sanitaires de certaines entreprises privées et des établissements d'institutions étrangères².

Il convient aussi de citer les agents de la médecine traditionnelle (secteur informel), auquel recourt un nombre relativement important de la population, surtout en milieu rural.

1.1.2 Les principaux défis du système de santé marocain

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 renforcé ses capacités 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.

D'autres acquis ont été réalisés qui se rapportent principalement à la maîtrise et l'accompagnement des transitions démographiques et épidémiologiques, ainsi pour la première, le taux d'accroissement démographique qui, en 50 ans, a connu une baisse considérable passant de 2.58 % en 1960 à 1.05 %

² http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/sommaire.htm

en 2011, au même titre d'ailleurs que le taux de fécondité qui est passé durant la même période de 7 enfants à 2.2 enfants par femme³, ce qui d'un côté lui permet de maîtriser son développement ainsi que sa planification territoriale, mais l'expose par ailleurs à de nouveaux défis en rapport avec la transformation de la pyramide des âges et la forte urbanisation. Quant à la deuxième transition, elle est de nature sanitaire et épidémiologique et qui s'est traduite par un gain de 28 ans en espérance de vie, ce qui traduit le fait que les Marocains désormais succombent plus à cause des maladies chroniques et des traumatismes qu'à cause des maladies transmissibles qui ont d'ailleurs été éradiquées ou éliminées en majorité.

L'autre acquis considérable du Maroc en matière de santé se rapporte à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. L'importance de cet acquis c'est qu'il soit lié au développement et aux droits humains puisqu'il est question des objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement et dont le compte à rebours s'arrête en 2015.

Certes de nombreux progrès ont été accomplis, mais un certain nombre de problèmes reste posé, d'autant que de nombreuses insuffisances grèvent l'efficacité et la performance du système de santé Marocain. Si le pays a pu instaurer depuis longtemps une politique de prévention assez efficace, il a toujours du mal à assurer aux citoyennes et citoyens marocains un accès aux soins appropriés. La politique, en matière de soins curatifs, se limitait à un débat sur l'extension de l'offre de soins, or c'est un domaine où on accuse un grand retard aussi bien au niveau de la disponibilité de l'offre ou de la suffisance et la qualité des services. Le premier grand défi en matière de santé est sans aucun doute lié à la difficulté d'accès aux soins. Ce n'est donc pas un hasard si le rapport du cinquantenaire⁴ pour le développement l'a identifié parmi les 5 nœuds du futur au Maroc à côté du savoir, de l'économie, l'inclusion du développement et la gouvernance.

Notons également que le secteur de santé au Maroc souffre d'une pénurie aigue en ressources humaines : disposant de moins de 2, 3 professionnels de santé par mille habitants⁵, une situation de déficit qui met la Maroc à côté du Yémen, le Djibouti et d'autres pays qui ne sont pas au même niveau de développement que le Maroc. Les ressources humaines de santé constituent le tendon d'Achille du système de santé marocain.

Une autre contrainte qui pèse aussi sur le secteur de santé au Maroc, c'est la capacité de financement qui est trop restreinte, la comparaison internationale montre que la part du PIB réservée à la santé au Maroc (5,3%) est faible par rapport à des pays comme la Tunisie (6,4 %), et 9% en OCDE⁶.

1.2 Description des démarches qualité entreprises par le Ministère de la Santé

Dans le sillage de la réforme globale que connaît le Maroc, le Ministère de la Santé a inscrit la composante "Amélioration de la qualité des soins et des services" parmi les principales actions

³ Plan d'action santé 2012-2016

⁴ Le Maroc Possible; 50 ans de développement humain et perspectives 2025

⁵ Plan d'action santé 2012-2016

⁶ Ibid.

stratégiques du plan de développement économique et social 1999-2003, une volonté reconduite dans les plans stratégiques (2003-2007 et 2008-2012).

Cette réforme constituait une opportunité pour la mise en œuvre d'une politique visant le renforcement de toutes les actions susceptibles d'améliorer la qualité des soins, et d'implanter une culture de la qualité dans le secteur de la santé.

Dans cette perspective, le Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ) a été conçu avec l'élaboration du document stratégique du PNAQ (Mai 1999), qui allait constituer le cadre de référence des projets qualité.

1.2.1 Aperçu historique de l'approche Gestion de la Qualité au Maroc

Le Ministère de la Santé a entamé depuis les années 90 un processus d'amélioration de la qualité des soins en initiant un certain nombre de projets pilotes. A cet égard, des normes et des standards ont été définis et adoptés dans différents secteurs, notamment les activités de planification familiale et de maternité sans risques, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et l'approche syndromique des infections sexuellement transmissibles. De même, des manuels de procédures ont été mis au point pour les activités infirmières et les laboratoires. En 1992, le Ministère et l'USAID ont démarré un projet « Gestion intégrale de la qualité » dans cinq provinces et, en 1999, le projet était étendu à sept provinces et 53 points de services. Pendant cette période, un nombre important de professionnels de santé a reçu une formation portant sur l'AQ (USAID, 2003). Aussi, dans une démarche de continuité, le Ministère a renforcé le processus d'amélioration de la qualité de soins et des services par la mise en place d'un programme national d'assurance qualité (PNAQ) qui constitue le cadre de référence à toute intervention.

Mais, en l'absence d'une stratégie soutenue permettant, d'une part, de généraliser les démarches qui ont fait leur preuve et, d'autre part, d'intégrer la gestion par la qualité dans la culture des services de santé, les expériences entamées sont restées limitées à certains sites avec une pérennité fragile et des résultats mitigés.

Pour pallier à ces limites, le Ministère de la Santé, a mis au point d'autres mécanismes destinés à améliorer la qualité et augmenter les performances des services de soins, ainsi plusieurs projets ont vu le jour. 2004 a été l'année marquant l'institutionnalisation de la démarche qualité par le lancement du « Concours Qualité » comme approche d'amélioration continue de la qualité, initiée en collaboration avec la coopération allemande(GIZ), ainsi que d'autres outils qualité (Audit Clinique, Accréditation Hospitalière). En 2007, la vision du Ministère de la Santé en matière de qualité se basait sur trois approches:

- La normalisation dont la finalité est l'accréditation des hôpitaux, des facultés de médecine et des Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS);

- la vigilance et la gestion du risque (sécurité des produits de soins et services, hygiène hospitalière et gestion des déchets) qui constituent un axe prioritaire de la stratégie sectorielle du département. Les actions entreprises ici ont pour but de garantir au citoyen :
 - Une meilleure qualité des médicaments ;
 - Une sécurité irréprochable des produits sanguins et leurs dérivés;
 - Une protection maximale des patients et des professionnels contre les effets des radiations ionisantes utilisées pour les soins et le diagnostic ;
 - Une stratégie de lutte contre les infections nosocomiales.
- L'amélioration continue de la qualité, assurée par les approches suivantes :
 - La résolution des problèmes ;
 - La promotion des bonnes pratiques professionnelles (audit clinique, et le contrôle de qualité).
 - le concours qualité.

L'approche d'amélioration de la qualité intervient également pendant que le système de santé est en train de subir d'importantes réformes à l'exemple de :

- La réforme institutionnelle avec :
 - La réorganisation des services centraux du Ministère de la Santé ;
 - La déconcentration/régionalisation traduite par l'expérimentation du projet sur trois régions pilotes: la Région de l'Oriental, la Région du Grand Casablanca et la Région de Taza-Taounat-Alhoceima.
- La réforme du financement des soins par l'implantation de la couverture médicale de base avec la mise en œuvre de:
 - L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires et les travailleurs du secteur formel ;
 - Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les personnes économiquement démunies;
 - Le Régime d'Assurance Maladie aux artisans, commerçants et professions libérales (INAYA) en cours d'implantation.
- Le cheminement vers la gestion axée sur les résultats par le biais de l'introduction du budget-programme ;
- La réédition des comptes ;
- La réforme hospitalière avec la modernisation des hôpitaux et l'introduction de nouveaux outils de gestion à l'instar du projet d'établissement hospitalier et de la maîtrise des coûts.

1.2.2 Le concours qualité comme démarche d'évaluation

Le CQ est une approche systémique d'amélioration du management et de la qualité des soins. Conçue et développée dans le cadre des projets d'appui de la GIZ à plusieurs Ministères de la Santé partenaires, c'est l'un des aboutissements des efforts déployés par l'Assistance Technique de la GIZ visant le développement de la culture qualité dans les systèmes de soins et l'implantation de l'amélioration continue.

Par la mise en place du CQ le ministère de la santé entend, d'une part, généraliser les démarches qualités qui ont fait leur preuve dans le passé et, d'autre part, intégrer la gestion par la qualité dans la culture des services de santé.

L'intérêt de ce concours est qu'il permet de focaliser sur la qualité du processus (processus de gestion et processus de soins) tout en intégrant les principes de base des approches expérimentées. Par ailleurs, ce concours sert de vecteur d'intégration des programmes, de renforcement de l'effet système, d'optimisation des ressources, de même que d'amplificateur des outils d'amélioration déjà existants. Ce concours cherche aussi à accroître l'efficacité des services et la satisfaction des usagers. Il permet également de stimuler une compétition positive entre les structures et une quête de l'excellence de la part des participants. Enfin, ce concours initie une culture de reconnaissance du mérite ce qui est un facteur de motivation pour les ressources humaines.

Objectifs du Concours Qualité

La clarification dès le départ des objectifs à assigner au CQ a permis de donner une orientation à ce concours et de préciser les dimensions et aspects à prendre en considération lors de l'élaboration des référentiels et de l'évaluation.

Objectif général

Améliorer la qualité des services et des soins dispensés à la population en vue de les rendre plus performants et plus adaptés aux attentes de la population.

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'image des structures de santé et leur crédibilité pour les rendre acceptables pour la population.
- Développer la compétition positive entre les structures de santé en rendant visibles les performances des services
- Instaurer une culture de reconnaissance du mérite en valorisant les efforts des équipes
- Initier la culture d'évaluation et de remise en question des pratiques à travers l'introduction de l'autoévaluation, l'évaluation par les pairs, le feedback, etc.
- Préparer les structures à une éventuelle accréditation.

Principes de bases du CQ

Le « Concours Qualité » est basé sur un ensemble de principes de l'amélioration de la qualité. L'effet final résulte de l'interaction entre les différents principes. C'est donc « l'équipe qui gagne ».

- Le focus sur les processus (par une meilleure qualité des processus, les résultats seront améliorés)

- Le système dans sa globalité est visé, (le renforcement de la filière de soins dans sa globalité, l'intégration et la coordination entre Centres de Santé et l'Hôpital et la continuité des soins ainsi que la cohérence entre structures de soins et structures d'encadrement)
- Le volontariat dans la participation (engagement et conviction des participants pour la quête d'amélioration)
- L'effort et la dynamique d'amélioration (mesurer l'effort que la structure a entreprise).

D'autres principes du management de la qualité sont appliqués par l'approche ASAQ/CQ, tels que :

- L'auto-évaluation et l'audit,
- Le benchmarking,
- L'évaluation par les pairs
- Le renforcement des outils existants
- Le financement suit la qualité
- La participation communautaire.

Étapes du déroulement du concours Qualité

Le CQ se déroule en sept étapes :

Figure 1 : les 7 étapes du concours qualité



Source : MS, 2011

Elaboration des outils d'évaluation

Les dimensions et aspects à évaluer par le CQ ont été définis d'une manière participative sous la direction du comité directeur et de sa cellule technique.

Une dimension est définie comme un ensemble d'activités dont l'exécution dans les normes préétablies donne satisfaction à un ou à tous les acteurs du système santé. Les dimensions ont été formulées pour chaque type de structure : Hôpital, Centre de Santé et Maternité. Certaines dimensions sont communes aux trois types de structures d'autres sont spécifiques. Elles se veulent complémentaires entre les trois types de structure et visent un état d'excellence de l'ensemble du système de santé. Les dimensions définies doivent être stable, larges, accessibles et orientées vers les problèmes du terrain.

Le choix des dimensions -comme paramètre d'évaluation jugé important pour assurer la qualité des services offerts- a tenu compte des orientations politiques et stratégiques du Ministère de la Santé, des chantiers de réforme en cours, des besoins des populations, des prestataires et des partenaires.

D'une manière générale, ces dimensions sont proches de celles définies par l'OMS (traduction de WHO, 2006), à savoir qu'un système de santé devrait chercher à s'améliorer dans les six dimensions de la qualité : Efficacité, Efficience, Accessibilité, Acceptabilité, Equité, Sécurité.

Le tableau ci-dessous illustre les dimensions définies pour les Centres de Santé, les hôpitaux et les Maternité.

Tableau 1 : Les différentes dimensions de la qualité par type de structures

Dimensions	Hôpital	Maternité Hospitalière	Centre de santé
Satisfaction	X	X	X
Ethique	X		
Accessibilité/Disponibilité/Continuité	X	X	X
Rationalisation des ressources	X		X
Sécurité/Réactivité	X	X	X
Leadership/Partenariat	X	X	X
Amélioration continue	X	X	X
Compétences techniques	X	X	X
Fonctionnalité			X

Source : MS, 2011

Chacune de ces dimensions a été déclinée en aspects. Un aspect vise un état positif attendu en termes de qualité de processus. Il doit être compréhensible pour tout le monde et orienté vers les problèmes, stimuler l'initiative et l'innovation, appuyer les approches existantes.

Sur la base des dimensions et des aspects, des guides d'autoévaluation ont été élaborés pour chaque type de structure. Chacun de ces guides contient un certain nombre de questions qui sont toutes structurées par dimensions et aspects. Elles se basent sur les étapes de la roue de Deming (Plan –Do– Check – Act).

Autrement dit, chaque aspect est évalué en termes de planification, d'implémentation, d'évaluation et d'action. C'est à ces questions que les structures participantes doivent répondre pendant l'auto-évaluation et sur lesquelles elles seront évaluées.

Pour chaque type de structures et sur la base des guides d'auto-évaluation, des guides de scores ont été conçus sur base des attentes (**c.-à-d.** les résultats attendus) par rapport aux aspects et questions.

Une échelle d'appréciation par question est donc proposée pour faciliter le recueil d'information lors de l'auto-évaluation, de l'analyse et de l'audit. Les attentes par rapport à chaque question comprise dans les guides d'auto-évaluation des différents types de structures sont formulées sur une échelle progressive de 0 à 4.

1.3 Questions de recherche

L'amélioration de la qualité est un processus cyclique et itératif (Annexe 2), il commence par l'identification du problème ou écart, ce qui veut dire une opportunité d'amélioration. Notre présent travail se situe à ce niveau du cycle qualité, dans la mesure où notre objectif serait de mettre en place un diagnostic à partir de l'analyse des recommandations des plans d'amélioration élaborés par les structures de soin ayant participées au concours qualité 2011. Cet outil d'analyse répond également à un des principes fondamentaux du management de la qualité qui exige l'implication du personnel à tous les niveaux du processus qualité, Ceux qui font le travail quotidiennement ont la capacité d'identifier l'endroit où le processus fonctionne mal, où se trouvent les problèmes, et quelles sont les solutions possibles pour les résoudre. Les plans d'amélioration, objet de notre étude, répondent à cette règle, sachant qu'ils étaient élaborés avec la participation des équipes au niveau des établissements concernés.

A travers l'analyse des plans d'amélioration « PA » des trois types de structures, nous envisageons d'adopter une analyse systémique des faiblesses, en vue de chercher à comprendre le lien entre les préoccupations des différentes structures. En d'autres termes, on tentera de répondre aux questions suivantes qui découlent de la question principale soulevée à l'introduction:

- Quel problème ou opportunité d'amélioration prioritaire est recommandé par les responsables locaux du système de santé au Maroc?
- Quelle traduction peut-on faire des principaux axes d'amélioration relevés ?
- Quelles dimensions prendre en compte en vue d'améliorer la qualité des soins et services ?, et savoir si les problèmes qualité en question sont généralisés à tout le système de santé ou relèvent du type de structure?

CHAPITRE II Approches Qualité

L'ensemble de la littérature parcourue nous a permis d'abord d'élargir et d'approfondir les bases conceptuelles de la qualité, et d'en établir des liens entre notre étude et les travaux de recherche effectués par d'autres chercheurs pour enfin saisir toute la portée des concepts en jeu. En d'autres termes, elle a permis de réaliser la synthèse de chaque concept en examinant ses fondements historiques, conceptuels, théoriques et empiriques. Elle nous a permis ensuite, de comprendre les principaux aspects de sa mesure pour l'améliorer. L'ensemble de la revue de littérature développée dans ce chapitre constituerait le cadre de référence de notre étude.

2.1 Portée du concept qualité

Un survol de la littérature nous permet de constater que le concept qualité comme le mot santé, a un caractère multidimensionnel, ce qui en fait une notion difficile à définir d'une manière claire et précise (Brunelle, 1993). Il faut donc préciser ce que recouvre l'idée de qualité avant de comprendre en quoi consiste les démarches qualité et notamment celles mises en œuvre par les établissements de santé.

2.1.1 La qualité

Enracinée dans la tradition de l'entreprise, la qualité a commencé au Japon et aux Etats-Unis. Les théoriciens les plus célèbres sont W. Edwards Deming et Joseph M. Juran (Schultz, 1997)

En 1979 AFNOR (Agence Française de Normalisation) définissait la qualité comme l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs (Lecllet et Vilcot, 1999).

Actuellement, c'est la norme ISO 8402 qui en donne la définition suivante « l'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire les exigences ».

NOTE1 Le terme « qualité » peut être utilisé avec des qualificatifs tels que médiocre, bon ou excellent.

NOTE2 « Intrinsèque », par opposition à « attribué », signifie présent dans quelque chose, notamment en tant que caractéristique permanente.

La définition la plus complète et peut être la plus simple de la qualité fut donné par W. Edwards Deming⁷, le père du mouvement de qualité totale. Pour M. Deming, la qualité se résume par les mots suivants : bien faire ce qu'il faut, à l'instant même (Brown *et al*, 2003).

2.1.2 La qualité en santé

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : C'est délivrer à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (Roemer et Montoya-Aguilar, 1988)

⁷ William DEMING (1900-1993), ingénieur de formation et fondateur du mouvement de la qualité en 1952 aux USA.

Selon Roemer et Aguilar : «C'est l'exécution correcte (conformes aux normes) d'interventions que l'on sait sûre et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition en fonction des besoins du client».

Selon Cruchant. L : «La qualité n'est pas la performance maximale, le luxe, le haut de gamme, c'est la réponse ajustée et économique à un besoin donné » (Cruchant, 2000)

Selon Dr. Avedis Donabedian : « Fournir des soins de qualité, consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques ». Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et de bénéfices (Donabedian, 1989)

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des États-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (Institute of Medicine, 2001). Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Les concepts utilisés dans cette définition méritent quelques explications. Le terme « services de santé » se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé, y compris les maladies mentales. En outre, la définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, infirmières, paramédicaux...) et d'établissements (hôpital, maison de repos, domicile). L'inclusion dans la définition à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées. D'une part, il s'agit d'améliorer la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, d'autre part, l'attention doit être prêtée à la qualité du soin à travers le système entier. La définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la «probabilité» de résultats souhaités : cette notion de probabilité est importante car un soin de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité, elle reconnaît qu'il y a toujours en santé un aspect indéfini. Se concentrer sur les résultats exige des cliniciens de fournir des soins pertinents (compétence technique) en tenant compte des préférences et des valeurs de leurs patients. Dans la pratique «trop de soins» peut correspondre à une mauvaise qualité. Les «connaissances professionnelles du moment » impliquent que les professionnels de santé se tiennent à la hauteur d'une bonne formation médicale et qu'ils doivent employer leurs connaissances convenablement.

A travers les définitions précitées, le concept qualité est présenté dans sa signification générale, ensuite dans le domaine de la santé. Aussi, l'analyse des définitions des différents auteurs montre que la qualité reste une notion éminemment subjective. En effet, la définition de la qualité des soins a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle, et la compréhension de l'historique de son évolution est indispensable pour bien saisir les mouvements et les courants qui agitent le monde de la qualité aujourd'hui. Le concept qualité est souvent associé à d'autres termes, en faisant ainsi un ensemble de construits, qu'il convient d'en préciser la signification et les saisir.

2.1.3 Assurance qualité

Diverses définitions font surface au fur et à mesure qu'évolue l'assurance de qualité. Selon la norme ISO 8402 « c'est l'ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences données relatives à la qualité» (AFNOR. 1995).

Dans le domaine de la santé, le Dr. Donabedian la définit en termes généraux comme « tous les arrangements et activités visant à sauvegarder, à maintenir et à promouvoir la qualité des soins. Ce sont les activités qui revoient périodiquement ou continuellement les conditions dans lesquelles les soins sont eux-mêmes fournis en suivant les effets de ces soins ».

Selon Roymer et Aguilar l'AQ c'est «avoir la performance appropriée (selon des normes) d'interventions que l'on sait sans danger, que la société peut se permettre, et qui ont la capacité de produire un impact». (Roemer et Aguilar. 1988, No. 105)

Les Dr. Ruelas et Frenk, la définissent comme étant «un processus systématique rapprochant la performance et les résultats désirés dans les limites technologiques fixées d'un système donnée» (Ruelas et Frenk, 1989).

En essence, l'assurance qualité représente l'ensemble d'activités réalisées pour se donner des normes et pour suivre et améliorer la performance de sorte à ce que les soins fournis soient aussi efficaces et sûrs que possible. (Brown *et al*, 2003)

En utilisant l'Assurance Qualité, on peut donc identifier les déficiences, trouver et corriger leurs causes et partant de là, améliorer la santé et le bien-être. Dans ce sens, l'assurance qualité est un processus cyclique.

Quatre principes fondamentaux définissent l'approche assurance qualité pour garantir et assurer l'amélioration de la qualité et résoudre les problèmes qualité lorsqu'ils apparaissent (Lynne Miller Franco *et al*, 1997). Ils se résument comme suit :

Priorité aux besoins du client : Les besoins et les désirs des clients devraient être au centre de la planification et de la performance de toute activité. Le terme client désigne à la fois :

Les clients externes : les utilisateurs finaux et les bénéficiaires des services de soins, c'est-à-dire les patients et la communauté desservis.

Les clients internes : les personnes au sein de l'organisation qui délivrent des services et des soins pour le client extérieur.

Pour garantir la qualité, il faut d'abord savoir qui sont les clients et comprendre leurs besoins ainsi que leurs attentes.

Priorité aux systèmes et aux processus : La qualité des services de santé est habituellement jugée par ses résultats, en particulier ses effets à long terme et ses effets immédiats sur la santé des particuliers et des communautés desservies. Lorsque les résultats ne sont pas à la mesure des

attentes, on invoque souvent le manque de motivation ou l'insuffisance des efforts des agents de santé. Mais, tout travail productif est l'aboutissement de processus, c'est-à-dire d'une série d'étapes ou d'activités qui transforment des individus, des méthodes et du matériel en produits et services.

Les processus s'opèrent à l'intérieur de systèmes : un système est un ensemble de processus qui fonctionnent en symbiose. L'amélioration de la qualité exige une connaissance des processus pertinents et des niveaux de variation acceptables de ces processus.

Priorité aux décisions basées sur des données : Les processus d'amélioration exigent une information quant à leur fonctionnement. Les décisions relatives aux aspects qui posent le problème et aux améliorations devraient se fonder sur des données précises et à jour, et non sur des suppositions. Il faut des données tout au long du processus de résolution des problèmes pour : 1) aider à détecter et à définir les problèmes ; 2) identifier les causes premières des problèmes ou des processus où il y a souvent des erreurs et 3) suivre les effets des solutions appliquées pour s'assurer de leur bon fonctionnement.

Priorité à la participation et au travail en équipe pour l'amélioration de la qualité : Pour que les améliorations de la qualité réussissent, les agents doivent participer aux changements apportés aux systèmes et aux processus de l'organisation. Habilitier les agents à mettre en œuvre des améliorations a deux avantages. Premièrement, les intervenants qui effectuent le travail au quotidien ont souvent une meilleure idée de ce qui ne va pas et des mesures qui pourraient y remédier. Deuxièmement, les changements auront de meilleures chances d'être exécutés si les gens ont le sentiment d'avoir joué un rôle dans la recherche de solutions.

2.1.4 L'amélioration continue de la qualité

Le concept d'Amélioration de la Qualité (AmQ) consiste en « l'identification des écarts qui existent entre les services effectivement fournis et les attentes des consommateurs concernant ces services. Elle réduit ensuite ces écarts, non seulement pour répondre aux besoins des clients, mais aussi pour parvenir à des niveaux de performance qui n'avaient jamais été atteints » (Massoud *et al*, 2002, P.90). L'AmQ repose sur des principes de gestion de la qualité qui sont axés sur le client, les systèmes et processus, le travail en équipe et l'utilisation des données.

Il est de la plus haute importance de comprendre que l'amélioration implique des changements, et que tout changement n'est pas nécessairement une amélioration. Selon Berwick « chaque système est parfaitement conçu pour atteindre exactement les résultats qu'il atteint ». Ce qui sous-entendrait l'idée centrale, que la performance est une caractéristique de tout système. En conséquence, pour obtenir un niveau de performance différent, il est essentiel d'apporter des changements au système. (Massoud *et al*, 2002)

La théorie de l'amélioration de la qualité a connu son essor dans les pensées de William Edwards DEMING, célèbre qualicien américain né en 1900, sous le nom du cycle de Deming ou cycle PDCA, dit encore Roue du progrès ou Roue de Deming. (Chardonnet et Thibaudon, 2004)

L'idée de l'amélioration itérative est une contribution majeure de W .E. Deming à la qualité japonaise, Deming l'ayant lui-même appris de W. A. Shewart. Ces experts étaient arrivés à l'idée que le contrôle ex-post est une méthode très médiocre de contrôle de la qualité parce que ce qui importe est de réduire la variabilité de la production réelle en recherchant et en éliminant les sources de variabilité existant dans le processus. Pour cela, ils ont imaginé le PDCA (Brilman et Hérard, 2006)

PDCA signifie Plan, Do, Check, Act.

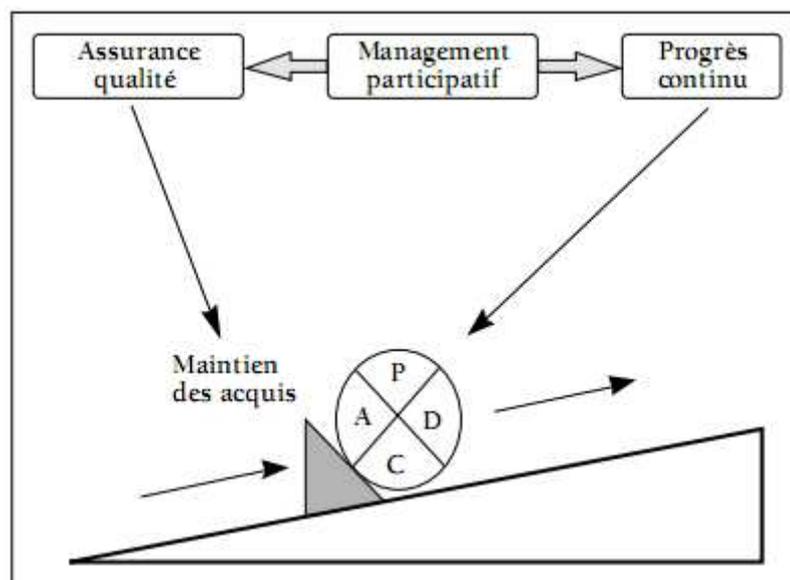
- Plan correspond à la détermination des problèmes posés par un processus et la définition du projet d'amélioration
- Do consiste à appliquer la solution
- Check consiste à confirmer ou infirmer la bonne marche de la solution.
- Act consiste à modifier le processus en conséquence ou à réétudier une autre solution si celle imaginée se révèle ne pas fonctionner. On recommence alors le cycle.

Le PDCA prend souvent la forme du SDCA, Standardize, Do, Check, Act. En effet quand la bonne solution a été trouvée, il convient d'en faire une norme afin de stabiliser le processus et de respecter les spécifications attendues.

En réalité la maîtrise et l'amélioration des produits et processus conduisent à une succession de cycles SDCA et PDCA.

Sollac a dessiné une représentation graphique de la roue de Deming très claire et explicite qui mérite d'être reproduite.

Figure 2 : La Roue de Deming présentée par Sollac



Source : Brilman et Hérard, (2006), Les meilleurs pratiques du management

Le PDCA est une approche rigoureuse de la qualité pour la résolution des problèmes qui surgissent tout au long du ou des processus de l'organisation et qui vise l'ancrage de la culture du changement par une amélioration continue, méthodologique et scientifique des processus du système de production de produits ou de services. Le PDCA est une approche riche en apprentissage organisationnel (Chardonnet et Thibaudon, 2004). C'est d'ailleurs sur les bases de l'approche PDCA que le Concours Qualité, objet de notre étude, est construit.

2.1.5 Démarche qualité

La démarche qualité n'est pas un terme normalisé et il faut lui conférer un sens très ouvert. Selon Lecllet et Viclot la DQ est l'ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients (Lecllet et Vilcot, 1999).

Historiquement, les démarches qualité ont débuté dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie et plus récemment, elles ont commencé à investir les organisations non marchandes telles que le service de santé sous différentes raisons :

L'obligation de maîtriser les dépenses de santé.

L'évolution démographique et le vieillissement de la population.

L'évolution des mentalités et la poussée du consumérisme.

La médiatisation de la santé.

Le manque de rationalité et de clairvoyance des établissements de santé.

Les problèmes organisationnels et relationnels des établissements de santé.

La démarche qualité obéit à un certains nombres de principes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement et nous en retenons pour l'essentiel sept bases indispensables de toute amélioration (ANAES, 2002).

- **L'attention aux clients** : les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.
- **L'importance du leadership** : Le leadership et son développement progressif sont indispensables à la mise en œuvre d'une démarche qualité. Selon F. Kolb, le leadership désigne la fonction qui consiste à fixer des buts à un groupe de personnes et à mobiliser celles-ci dans une action commune (Kolb, 1995). Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.
- **La démarche participative** : L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs qualité. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la

conduite du changement. les personnes à tous les niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

- **Une approche méthodique** : les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations. L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et outils de la qualité.
- **L'approche processus** : Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.
- **amélioration continue** : il convient que l'amélioration continue de la performance globale soit un objectif permanent de l'organisme. L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisés étape par étape. La démarche est itérative et vise des améliorations successives.
- **La mesure** : La mesure est un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des clients, la conformité des produits et services à des références et le bon déroulement des processus. La mesure permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux clients sur le maintien d'une qualité de production et d'apporter la preuve des progrès réalisés. Il est très important de se baser sur des faits et non sur des opinions. Le recours aux données chiffrées est un moyen privilégié d'ancrer la démarche dans la réalité.

Selon Dr. Pierre Sabin, la démarche vers l'amélioration de la qualité des soins doit demeurer une démarche personnelle et volontaire pour laquelle les mesures incitatives devraient toujours primer ou au moins précéder les mesures coercitives et contraignantes (Sabin et Saint-Cloud, 2006).

Autre principe fondamental auquel ce même auteur fait référence, est qu'il distingue généralement l'évaluation sommative de l'évaluation formative. La première a pour objectif d'établir un bilan (de connaissances ou de pratiques professionnelles) de type « cliché », à un moment donné, la seconde ; l'évaluation formative qui est un processus dynamique, recherchant l'amélioration continue des connaissances et/ou des pratiques. C'est ce que l'on appelle « la démarche qualité ».

Le travail de Pierre Blaise⁸ a souligné l'intérêt dans une démarche qualité de définir dans un esprit participatif la qualité, d'élaborer des normes et standards pour la mesurer et enfin l'améliorer dans un processus cyclique.

La nature de l'organisation des systèmes de santé (bureaucratie professionnelle)⁹ interagit avec l'introduction d'une démarche de management de la qualité. La démarche qualité renforce la bureaucratie par son pôle de conformité aux normes et simultanément, la bouscule par son pôle dynamique de changement participatif. Ainsi, la démarche qualité pourrait atténuer les effets pervers de la bureaucratie.

2.2 Evaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité des soins constitue une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Des cadres conceptuels exprimant explicitement les valeurs de qualité et les dimensions prioritaires sont développés aux niveaux national et international afin de mettre en place et de suivre des politiques complètes et cohérentes.

2.2.1 Les dimensions de la qualité

Les principales dimensions élaborées dans les différents cadres conceptuels d'évaluation de la qualité sont proche de celles définies par l'OMS (WHO, 2006), à savoir qu'un système de santé devrait chercher à s'améliorer dans les six dimensions de la qualité :

1. **Efficacité** : fournir des soins de santé basés sur l'évidence qui améliorent la santé des individus et des communautés en fonction de leurs besoins ;
2. **Efficienc**e : fournir de soins de santé d'une manière à maximiser les ressources employées et à éviter les gaspillages;
3. **Accessibilité** : fournir des soins de santé qui sont disponibles à temps et accessibles géographiquement en utilisant des ressources et instruments appropriés aux besoins médicaux;
4. **Acceptabilité/centré sur le patient** : fournir des soins de santé qui prennent en charge les préférences et les aspirations des individus et la culture de leur communautés ;
5. **Equité** : fournir des soins de santé de qualité indépendants des caractéristiques personnelles telles que genre, race, ethnie, location géographique ou statut socioéconomique ;
6. **Sécurité** : fournir des soins de santé qui minimisent les risques et dangers pour les utilisateurs de services.

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de soins, au processus de soins ou aux résultats finaux (Donabedian, 1980). La qualité structurelle s'intéresse aux ressources

⁸ . Blaise P. (2005). Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé, Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique. Thèse de doctorat à l'ULB, 2005.
www.itg.be/itg/uploads/publichealth/blaise/thèse%20PBlaise%20Diaporama%20sonorisé.ps

⁹ Selon Henri Menzberg

employées, notamment aux normes des établissements et des équipements (Intrants). La qualité du processus de soin se concentre sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients (Activités). Les résultats fournissent des preuves ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des patients (Extrants). Les mérites de différents types de mesure sont largement débattus dans la littérature. Certains suggèrent que les mesures du processus sont plus sensibles à la qualité que celles de la structure ou des résultats. Idéalement, une évaluation complète de la qualité des soins doit comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils examinent différents aspects complémentaires pour donner une vision entière. Le choix du type de mesure reste subjectif pour chaque pays, en cherchant à adapter et à développer des visions et des stratégies de qualité des soins selon les priorités et les possibilités nationales.

2.2.2 Modèles de management de la qualité

La revue de la littérature présente plusieurs modèles de management de la qualité, qui visent à évaluer et visualiser les performances des organisations. Dans le cadre de notre travail et compte tenu de la spécificité du domaine de soin, nous présenterons deux modèles qui semblent mieux adaptés à la réalité de nos organisations sanitaires, desquels s'inspirent les référentiels nationaux d'évaluation de la qualité comme le cas du Concours Qualité au Maroc. Il s'agit du modèle Européen d'Excellence EFQM et du Prix national de la qualité Malcolm Baldrige modèle américain d'évaluation des entreprises.

Ces deux modèles se présentent comme des outils diagnostics et d'évaluation du niveau de performance et proposent une analyse systématique orientée vers les résultats. Il faut dire également que ces modèles sont basés essentiellement sur les huit principes du management de la qualité définis par ISO_9000 ; l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, le management de la qualité par approche système, l'amélioration continue, l'approche factuelle pour la prise de décision et le développement des relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs (AFNOR, 2000).

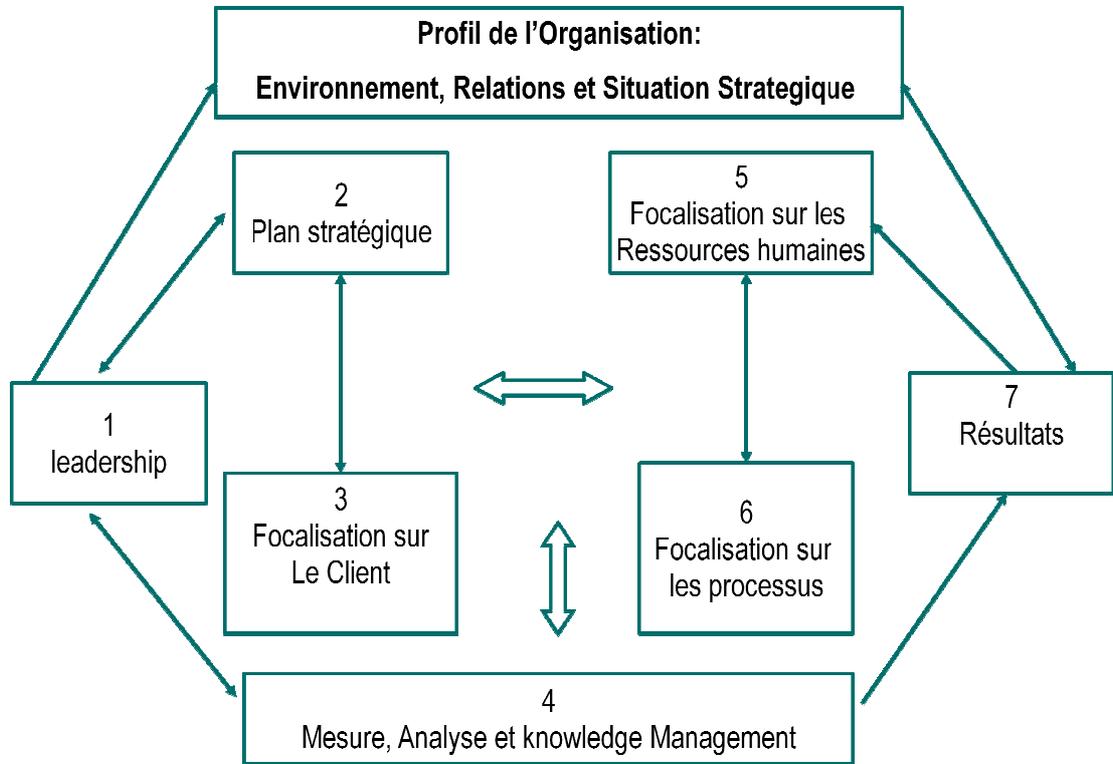
Le Prix national de la qualité Malcolm Baldrige

Le Prix national de la qualité Malcolm Baldrige des Etats-Unis est destiné à promouvoir l'excellence et la qualité chez les entreprises manufacturières et de services, ainsi que dans les établissements d'enseignement et de santé. Ce modèle évolue assez rapidement dans le temps et reflète bien la capacité d'adaptation du management américain aux évolutions de l'entreprise et de l'environnement. Il est passé d'une culture de la performance en 1995 à une culture des résultats pour toutes les parties prenantes (stakeholders). Les critères ont été conçus pour aider les entreprises à améliorer leur compétitivité par une focalisation sur l'atteinte de trois buts :

- Fournir une valeur sans cesse améliorée aux clients, se traduisant par des succès sur le marché.
- L'amélioration de l'efficacité et des capacités de l'ensemble de l'organisation.
- La formation du personnel et de l'organisation.

Le prix national de la qualité Malcolm Baldrige pour le secteur de la santé, qui a pour but d'encourager la gestion de la qualité dans le secteur de santé, développe sept critères d'excellence adaptés au domaine des services :

Figure 3 : le cadre du prix Malcolm Baldrige pour le secteur de santé 2011-2012



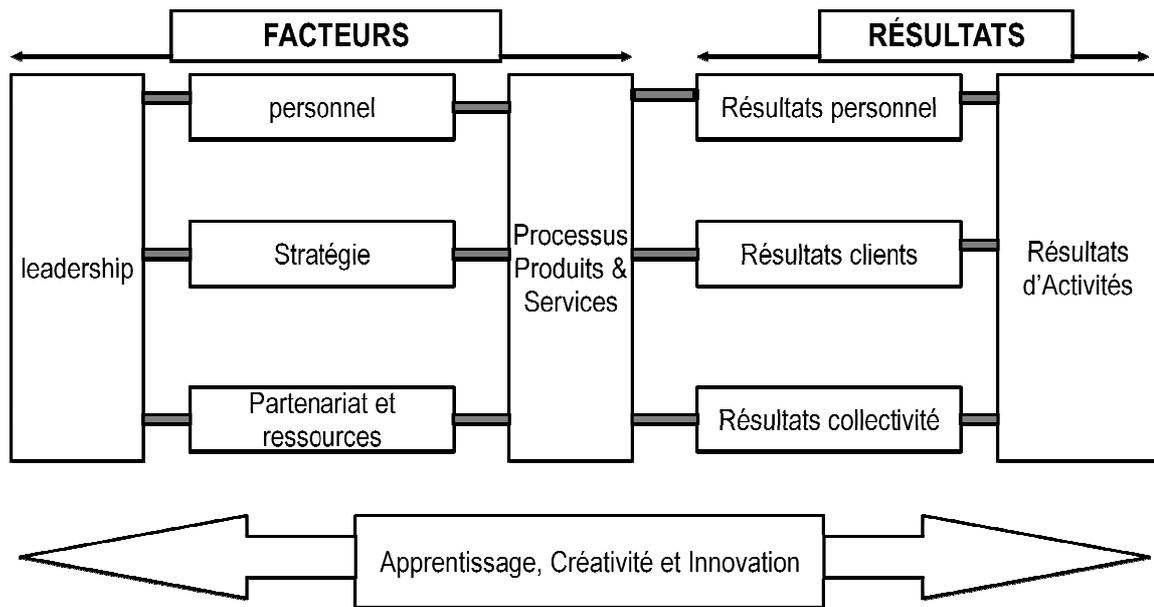
Source: Baldrige Performance Excellence Program, 2011–2012 Health Care Criteria for Performance Excellence

Le Modèle EFQM 2013 :

Le modèle EFQM¹⁰ qui s'appelle depuis 1999 le modèle d'excellence EFQM est le cadre de référence organisationnel le plus employé en Europe. Ce modèle considère que l'entreprise peut être modélisée par des facteurs et des résultats. La logique est symbolisée par le sigle RADAR : Résultats, Approches, Déploiement, Appréciation (évaluation), Revue. Une organisation doit définir les résultats attendus, planifier et développer les approches, déployer les approches, évaluer et effectuer la revue des approches et de leur déploiement.

¹⁰ European Foundation for Quality Management

Figure 4 : le Modèle européen d'excellence EFQM 2013



Source : EFQM.Org

Ce modèle comprend cinq (05) facteurs et quatre (04) résultats. Les facteurs et les résultats sont mesurés à partir des critères suivants un score qui permet d'évaluer les organisations sur la base des notes préalablement définies.

Au cours de ce chapitre, nous avons exploré la portée du concept qualité, ses différentes acceptions, en particulier ses applications au domaine de soin de santé en tant qu'approche de management capable de guider vers l'excellence. Les principes de la mise en œuvre de la DQ et les outils et systèmes d'évaluation et de visualisation de l'amélioration de la qualité ont également été abordés. Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie adoptée dans le cadre de notre étude.

CHAPITRE III Approche Méthodologique

Pour mieux clarifier nos objectifs d'apporter un diagnostic et répondre à notre problématique, nous avons adopté une méthode qui a d'abord consisté à explorer l'état des connaissances à travers une revue bibliographique. Nous avons effectué ensuite, un stage au niveau de l'Unité Qualité de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires relevant du ministère de la santé au Maroc.

3.1 Apport du Stage

Contexte du stage

Dans le cadre de notre formation à l'université Senghor, il nous est indispensable d'effectuer un stage de mise en situation professionnelle d'une durée de 10 semaines consécutives. Ça nous permet de pratiquer nos connaissances et d'acquérir de nouvelles expériences du terrain.

A cet effet, nous avons effectué notre stage à la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) relevant du ministère de la santé au Maroc, le thème de notre stage portait sur l'approche Qualité dans le système de santé Marocain. Pour faire le point sur la démarche Qualité entreprise au niveau du ministère de la santé, nous étions directement affectés à l'unité chargée de la gestion de la Qualité de la DHSA.

Présentation de la structure d'accueil :

La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires exerce une mission d'appui au développement des établissements de santé des réseaux ambulatoires et hospitaliers publics, dans le cadre de la politique définie par le Ministère de la Santé et en interaction avec les dynamiques engagées dans son environnement.

L'unité de gestion de la Qualité est une unité au niveau de la DHSA, chargée de piloter l'ensemble des projets qualité engagés, il se compose d'une responsable de l'unité, de 3 cadres et d'une assistante. À présent, l'unité traite de quatre dossiers : le concours qualité, l'accréditation hospitalière, l'accréditation des centres de conseil et test VIH, et la lutte contre les infections nosocomiales et sécurité des patients.

Elle a pour missions majeures :

1. Etablissement des plans d'action qualité pour le département de la santé.
2. Pilotage des différents projets d'amélioration de la Qualité au niveau national.
3. Elaboration des manuels technique et des guides de l'amélioration de la qualité.
4. Réalisation des différentes étapes d'une démarche d'amélioration pour les établissements de santé concernés (Hôpitaux, maternités, centres de santé, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux d'oncologie)
5. Participer à l'élaboration des programmes de formation en matière de la qualité.
6. Participer à la mise en place d'un système de documentation des activités.

Activités réalisées pendant le stage

Le stage au niveau de la DHSA a été une occasion d'apprentissage et d'apports partagés. Au cours de notre stage, nous avons eu l'opportunité de réaliser un certain nombre d'activités :

- Exploration des différents projets engagés et pilotés par l'unité : Concours Qualité, Accréditation Hospitalière, Accréditation des Centres de Conseil et Test VIH, Lutte contre les Infections Nosocomiales et sécurité des patients. Ce qui nous a permis de s'imprégner de la démarche qualité adoptée par le ministère de santé, ses outils, la méthodologie de sa mise en œuvre, les principaux acteurs impliqués, les moyens d'évaluation, ainsi que les insuffisances et les difficultés à surmonter.
- Entretiens avec les responsables chargés des dossiers qualité, en vue de comprendre et de prendre connaissance des différentes étapes de mise en œuvre de leur démarche. Ces entretiens ont apporté des réponses aux différentes questions relatives à leurs dossiers respectifs, à savoir : le Concours Qualité, l'accréditation Hospitalière, l'Accréditation des Centres de Conseil et Test VIH, et la Lutte contre les Infections Nosocomiales et Sécurité des Patients.
- La consultation et l'examen de la documentation existante au niveau de l'unité (manuels, guides, rapports, archives, et différents ouvrages traitant du management de la qualité...), nous a donné de amples informations sur l'historique des projets et programmes qualité réalisés par la DHSA.
- Participation aux réunions de l'unité.
- Assister au focus group organisé au niveau central pour l'évaluation de la démarche du Concours Qualité.
- Participation à des ateliers de révision des guides d'évaluation des structures pour le Concours Qualité.
- Elaboration d'un plan d'action pour le projet d'Accréditation des Centres de Conseil et Test VIH.
- Etablissement des termes de référence pour l'élaboration d'un référentiel de normes et standards.
- S'initier aux différents logiciels et applications informatiques utilisées par l'unité (EPI-Info, Excel, ...).
- Le stage nous a permis également de collecter les données nécessaires pour notre recherche, où nous avons procédé au recensement et à l'analyse des Plans d'Amélioration des structures participantes à l'édition 2011 du Concours Qualité (Hôpitaux, Maternités, Centres de Santé).

3.2 Type d'étude

Notre étude de type qualitative, exploratoire, permet de déterminer les axes prioritaires ou opportunités d'amélioration fortement recommandées aux structures de soin de santé.

3.3 Outils de collecte de données

Notre démarche a reposé essentiellement sur la recherche documentaire, l'analyse des données (Plans d'Amélioration) et des entretiens directes avec les responsables au niveau central.

3.3.1 Recherche documentaire

La recherche bibliographique s'est faite essentiellement à l'Université Senghor d'Alexandrie, l'exploration quantitative et qualitative de documents sur le dossier qualité s'est faite au niveau du service central du ministère de la santé au Maroc, la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, ainsi que la consultation des archives concernant la participation des structures de santé aux différentes éditions du Concours Qualité. Notre analyse documentaire a porté essentiellement sur : les textes administratifs signés par le ministère de santé, les portefeuilles et guides élaborés par le pays pour l'implantation de DQ, les rapports des réunions des organes gestionnaires des projets Qualité et les rapports globaux des différentes éditions du concours.

Cette documentation nous a aidé à éclairer et approfondir les questions concernant notre préoccupation, à nous situer dans le contexte d'intervention et à avoir une vision bien claire de la démarche qualité dans sa globalité.

Egalement, une recherche sur des sites internet (Cairn, Harmathèque ...) a été faite dans le cadre de cette recherche. Elle a été aussi un apport complémentaire à celle réalisée dans les bibliothèques. Cette recherche a permis de collecter des articles dans les journaux et presse, magazine et revues scientifiques traitant de la qualité. Ces recherches ont contribué à l'atteinte des objectifs de notre étude de mémoire.

3.3.2 Entretiens

Au cours de notre stage, nous avons eu l'occasion de consulter les différents responsables au niveau de la DHSA qui interviennent dans la gestion des dossiers qualité afin de nous apporter des éclairages sur ces projets et recueillir quelques renseignements pouvant éventuellement étayer notre étude. Cette étape a été très fructueuse; cela a permis de cerner notre thème de manière générale et le sujet plus particulièrement. Il faut noter que tout au long de notre stage, le travail de consultation s'est poursuivi avec ces personnes. Les discussions sont le plus souvent axés sur la démarche des programmes qualité mis en œuvre, la méthodologie, les référentiels...

3.3.3 Analyse des Plans d'Amélioration

Dans le cadre du Concours Qualité, le personnel de chaque structure participante prépare un plan d'amélioration à la fin de la visite d'audit. Ce plan est élaboré en consensus entre auditeurs et équipe de la structure audité. Le plan d'amélioration inclut les potentiels d'amélioration identifiés et que la structure doit intégrer dans son plan d'action annuel.

Pour notre étude, nous avons analysé les plans d'amélioration élaborés par les structures participantes à la quatrième édition du Concours Qualité en 2011. Cette analyse a permis de ressortir les principaux axes à améliorer par type de structure (Hôpitaux, Maternité, Centre de Santé).

3.4 Echantillons par type de structure (Hôpitaux, Maternités, Centre de Santé)

Notre population cible est constituée des structures ayant participé à la quatrième édition du Concours Qualité qui s'est déroulé en 2011, Hôpitaux, Maternité et Centres de Santé.

L'édition 2011 du Concours Qualité, a connu la participation de 330 établissements de santé, dont 90 hôpitaux, 89 maternités hospitalières, et 151 centres de santé.

Pour donner plus de fiabilité à notre analyse, nous avons décidé de prendre un échantillon qui dépasse les 50% de la population étudiée ; composée des plans d'amélioration. Pour ce faire, nous avons opté pour un échantillonnage probabiliste de type aléatoire simple. Ainsi, nos échantillons par structure se présentent comme suit :

Hôpitaux

Entre 90 PA des hôpitaux participants, l'analyse a porté sur 60 plans soit 67%.

Maternités

Entre 89 PA des maternités participantes, l'analyse a porté sur 49 plans soit 55%.

Centres de Santé

Vue le nombre important des Centres de Santé, leur participation au Concours Qualité a été échelonnée sur deux éditions ; CQ 2010 et CQ 2011, pour couvrir toutes les régions du pays.

Prenant en considération ce point, notre échantillonnage s'est effectué sur le total des deux éditions, c'est-à-dire les 151 Centres de Santé participants en 2011 auxquels se sont ajoutés les 152 Centres de Santé participants à l'édition CQ 2010, ce qui donne un total de 303 Centres de Santé. Notre analyse a porté sur 178 d'entre eux soit 59%.

3.5 Méthode d'analyse

La démarche a consisté d'abord à analyser les différentes recommandations contenues dans les Plans d'Amélioration étudiés ensuite, nous avons procédé à leur organisation sous forme d'axes généraux ; chaque axe se décline en sous-axes ou aspects. Ces derniers ont été déterminés sur la base du sens des recommandations, mais aussi inspirés de la revue de littérature et des dimensions de la qualité évaluées par le concours qualité. Ces dernières étant proches des dimensions définies par l'OMS comme nous l'avons expliqué au chapitre 2 de ce travail.

Les axes et aspects retenus pour notre analyse se présentent, par type de structure, comme suit :

Hôpitaux :

Tableau 2 : Les différents aspects par axe d'amélioration des Hôpitaux

Axes d'amélioration	Aspects
Sécurité et Réactivité	Gestion des déchets
	Prévention des infections nosocomiales
	Maîtrise des risques professionnels
	Système d'hygiène
	Mise en place de comité de vigilance
	Instauration du plan d'urgence hospitalier
Satisfaction	Accueil et communication avec les usagers
	Organisation du travail et communication interne
	Satisfaction des usagers
	motivation du personnel interne
Accessibilité et PEC	Système de référence / contre référence
	L'accès aux services de l'hôpital
	Organisation de la PEC
Amélioration continue	Formation continue et évaluation de compétences
	Suivi évaluation du travail
	Développer une culture qualité
	Dossier d'hospitalisation
	Amélioration continue de la qualité des soins et service
	Benchmarking
Ethique et déontologie	Comité d'éthique
	Confection de chartes
	Appui des missions de l'assistance sociale
Planification et outils de pilotage	Elaboration de plans d'action annuels
	Projet d'établissement hospitalier
	Indicateurs et tableaux de bord
Rationalisation des ressources	Procédures de recouvrement et de facturation
	Disponibilité des ressources
	Mécanismes de lutte contre le gaspillage
Gestion des médicaments	Gestion des médicaments
	Prescription des médicaments
Maintenance du Matériel et équipement	Maintenance des équipements
Actions et Partenariat	Communication externe et actions de partenariat

Source : l'auteur, sur la base des recommandations des PA, du CQ et de la revue de littérature

Maternités :

Tableau 3 : Les différents aspects par axe d'amélioration des Maternités

Axes d'amélioration	aspects
Sécurité et Réactivité	Système d'hygiène et conditions de séjour des parturientes
	Prévention et réactivité aux incidents critiques
	Gestion des déchets
	Maîtrise des risques professionnels
	Prévention des infections nosocomiales
	Instaurer un comité de pharmacovigilance
Amélioration continue	Formation continue et développement des compétences
	Evaluation de l'utilisation des partogrammes
	Recommandations de certification
	Organisation de la Prise en charge des parturientes
	Développer une culture qualité
	Dossier d'accouchement
Satisfaction	Accueil et communication avec usagers
	Satisfaction des parturientes et leurs familles
	Organisation du travail et communication interne
Accessibilité, Disponibilité et Continuité	L'accès aux services de la Maternité
	Maîtrise de la réalisation des Fonctions SONU
	Système de référence / contre référence
	Disponibilité des spécialistes
Ethique et déontologie	Respect des principes d'éthique
	Confection de chartes
Actions et Partenariat	Communication externe et actions de partenariat
Gestion du matériel et équipement	Gestion du matériel
	Maintenance des équipements
Planification et outils de pilotage	Elaboration de plans d'action annuels
	Indicateurs et tableaux de bord
Rationalisation des ressources	Mécanisme de lutte contre le gaspillage
Gestion des médicaments	Gestion des médicaments
	Prescription des médicaments

Source : l'auteur, sur la base des recommandations des PA, du CQ et de la revue de littérature

Centres de Santé :

Tableau 4 : Les différents aspects par axe d'amélioration des Centres de Santé

Axes d'amélioration	aspects
Sécurité et réactivité	Gestion des déchets
	Prévention des risques et innocuité des soins
Amélioration continue	Formation continue et développement des compétences
	Diffusion et respect des protocoles
	Suivi évaluation du travail
	Valorisation des initiatives locales
	Culture qualité et appropriation de la DQ
	Implication du personnel à la prise de décision
	Système d'information
	Benchmarking
Satisfaction	Accueil et Communication avec clients
	Evaluation de la satisfaction des usagers
	Codification et optimisation du circuit du malade
	Motivation et valorisation du personnel
	Organisation du travail et communication interne
Disponibilité et Continuité	Continuité des soins
	Système de référence / contre référence
	Disponibilité du personnel
Ethique et déontologie	Confection de chartes
	Respect des principes d'éthique
Actions et Partenariat	Communication externe et actions de partenariat
Rationalisation des ressources	Optimiser les ressources humaines
	Optimiser les ressources matérielles
Gestion du matériel et équipement	Gestion du matériel
	Maintenance des équipements
Planification et outils de pilotage	Outils de planification
	Indicateurs et tableaux de bord
Gestion des médicaments	Gestion des médicaments
	Prescription des médicaments

Source : l'auteur, sur la base des recommandations des PA, du CQ et de la revue de littérature

3.6 Traitement des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel. L'analyse statistique, des données obtenues, repose essentiellement sur des calculs de pourcentages ainsi que des comparaisons entre les structures de santé.

CHAPITRE IV Présentation des résultats

Ce chapitre sera consacré d'abord à la présentation des résultats que nous analyserons par la suite et enfin, nous formulerons des recommandations.

4.1 Présentation des résultats par structures

L'analyse quantitative de l'ensemble des recommandations étudiées relatives aux Plans d'Amélioration a permis d'obtenir des résultats qui seront présentés par type structures.

4.1.1 Au niveau des Hôpitaux

1. Résultat d'analyse par axes globaux

Le résultat général porte sur les dix axes d'amélioration qui se présentent comme suit :

Tableau 5 : Nombre de recommandations par axe d'amélioration des Hôpitaux

Axe d'amélioration	Nombre de recommandations	%
Sécurité et Réactivité	149	22,61%
Satisfaction	101	15,33%
Accessibilité et PEC	75	11,38%
Amélioration continue	91	13,81%
Ethique et déontologie	74	11,23%
Planification et outils de pilotage	36	5,46%
Rationalisation des ressources	54	8,19%
Gestion des médicaments	32	4,86%
Maintenance du Matériel et équipement	24	3,64%
Actions de Partenariat	23	3,49%
Somme des recommandations	659	100,00%

Source : l'auteur

Les résultats globaux observés montrent que sur un total de 659 recommandations, plus de 50% portent sur trois principaux axes constitués respectivement par *Sécurité/Réactivité*¹¹ à 22,61%, *Satisfaction* à 15,33%, et *Amélioration continue* à 13,81.

Ces trois axes plus deux autres à savoir *Accessibilité/PEC* et *Ethique/ Déontologie* font presque 75% des recommandations.

Enfin, trois axes les moins recommandés avec moins de 12% des recommandations, sont représentés par, *Gestion des médicaments* à 4,86%, *Maintenance du matériel/équipement* à 3,64%, et en dernier lieu *Actions de partenariat* à 3,49%.

¹¹ Les intitulés des axes et aspects sont écrits en style *Italique*.

2. Résultat d'analyse détaillée par aspects

Le tableau ci-dessous présente les résultats détaillés par aspects des différents axes :

Tableau 6 : Nombre de recommandations par axe et par aspects des Hôpitaux

Axe d'amélioration	Nombre de recommandations	%
Sécurité et Réactivité	149	100,00%
Gestion des déchets	39	26,17%
Prévention des infections nosocomiales	27	18,12%
Maîtrise des risques professionnels	36	24,16%
Système d'hygiène	18	12,08%
Mise en place de comité de vigilance	13	8,72%
Instauration du plan d'urgence hospitalier	16	10,74%
Satisfaction	101	100,00%
Accueil et Communication avec les usagers	44	43,56%
Organisation du travail et communication interne	37	36,63%
Satisfaction des usagers	14	13,86%
Motivation du personnel interne	6	5,94%
Accessibilité et PEC	75	100,00%
Système de référence / contre référence	47	62,67%
L'accès aux services de l'hôpital	15	20,00%
Organisation de la PEC	13	17,33%
Amélioration continue	91	100,00%
Formation continue et évaluation de compétences	42	46,15%
Suivi évaluation du travail	12	13,19%
Développer une culture qualité	15	16,48%
Dossier d'hospitalisation	9	9,89%
Amélioration continue de la qualité des soins et service	11	12,09%
Benchmarking	2	2,20%
Ethique et déontologie	74	100,00%
Comité d'éthique	33	44,59%
Confection de chartes	28	37,84%
Appui des missions de l'assistance sociale	13	17,57%
Planification et outils de pilotage	36	100,00%
Elaboration de plans d'actions annuels	18	50,00%
Projet d'établissement hospitalier	10	27,78%
Indicateurs et tableaux de bord	8	22,22%
Rationalisation des ressources	54	100,00%
Procédures de recouvrement et de facturation	19	35,19%
Disponibilité des ressources	17	31,48%
Mécanismes de lutte contre le gaspillage	18	33,33%
Gestion des médicaments	32	100,00%
Gestion des médicaments	23	71,88%
Prescription des médicaments	9	28,13%
Maintenance du Matériel et équipement	24	100,00%
Maintenance des équipements	24	100,00%
Actions et Partenariat	23	100,00%
Communication externe et actions de partenariat	23	100,00%

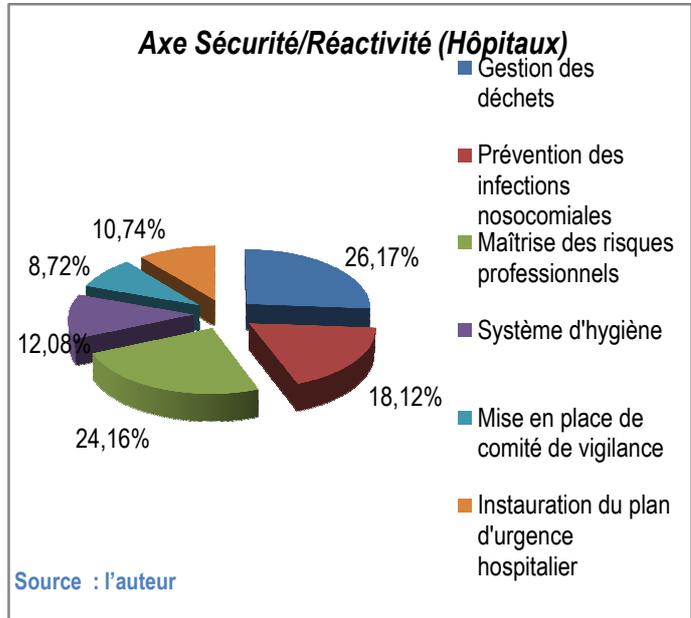
Source : l'auteur

Comme nous l'avons constaté au niveau des résultats globaux, les axes *sécurité/réactivité*, *satisfaction* et *amélioration continue* comportent plus de la moitié des recommandations. L'analyse des différents aspects relatifs à ces axes primordiaux (tableau ci-dessus) a donné le constat suivant :

Axe sécurité/Réactivité

Parmi les six aspects constituant cet axe (fig.5), trois sont dominants avec une part d'environ 70%, la *Gestion des déchets* en tête avec 26,17%, *maitrise des risques professionnels* à 24,16% et la *prévention des maladies nosocomiales* à 18,12%.

Figure 5 : Axe Sécurité/Réactivité (Hôpitaux)



Satisfaction

On note que l'ensemble des recommandations qui concernent l'axe *satisfaction* sont ventilées sur quatre aspects (fig.6). Deux aspects seulement constituent plus de 80% de cet axe à savoir *accueil/communication avec les usagers* à 43,56%, et *l'organisation du travail/communication interne* à 36,63%. La *motivation du personnel interne* arrive en dernier lieu par rapport à cet axe avec uniquement 5,94%.

Figure 6 : Axe Satisfaction (Hôpitaux)

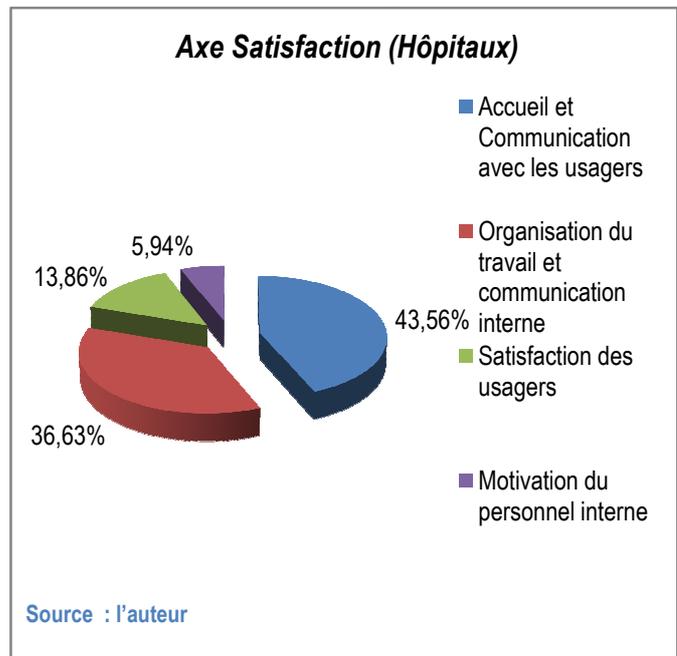
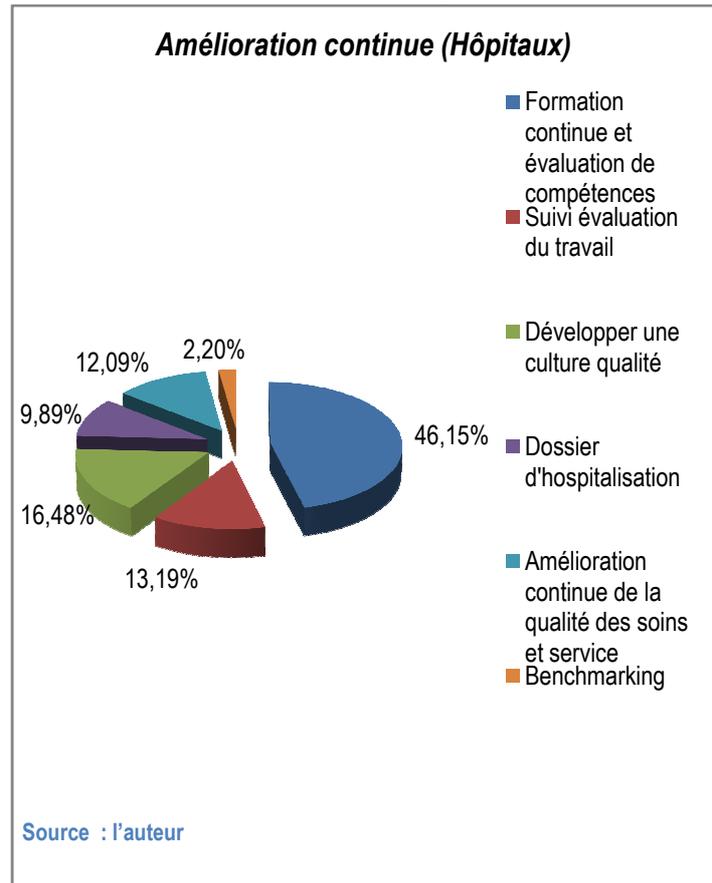


Figure 7 : Amélioration continue (Hôpitaux)

Amélioration continue

Cet axe se décline en six aspects (fig.7), on constate que l'aspect *formation continue/développement des compétences* est majoritaire avec 46,15%, suivi de celui de *développement d'une culture qualité* de 16,48%. Le *Suivi/évaluation et Amélioration continue* de la qualité arrivent en troisième niveau avec respectivement 13,19% et 12,09%. Les recommandations relatives au *Benchmarking* tiennent la dernière position dans cet axe.



4.1.2 Au niveau des Maternités

1. Résultat d'analyse par axes globaux

Les résultats relatifs aux maternités sont répartis sur dix axes :

Tableau 7 : Nombre de recommandations par axe des Maternités

Axe d'amélioration	SOMME	%
Sécurité et Réactivité	91	23,95%
Amélioration continue	75	19,74%
Satisfaction	77	20,26%
Accessibilité, Disponibilité et Continuité	42	11,05%
Ethique et déontologie	26	6,84%
Actions de partenariat	20	5,26%
Gestion du Matériel et équipement	19	5,00%
Planification et outils de pilotage	25	6,58%
Rationalisation des ressources	2	0,53%
Gestion des médicaments	3	0,79%
Somme des recommandations	380	100,00%

Source : l'auteur

L'analyse des résultats globaux fait ressortir, comme le montre le tableau ci-dessus, la prédominance de trois axes de recommandations qui totalisent une part de 64% ; *Sécurité/réactivité* à 24%, *Satisfaction* à 20,26 et *Amélioration continue* avec 19,74. Alors que la *Rationalisation des ressources* et la *Gestion des médicaments* ont enregistré les portions les plus basses en termes de recommandations avec respectivement 0,53% et 0,79%.

2. Résultats d'analyse détaillée par aspects

Le tableau ci-après montre l'ensemble des résultats relatifs aux différents aspects

Tableau 8 : Nombre de recommandations par axe et par aspect des Maternités

Axe d'amélioration	Nombre de recommandations	%
Sécurité et Réactivité	91	100,00%
Système d'hygiène et conditions de séjour des parturientes	23	25,27%
Prévention et réactivité aux incidents critiques	20	21,98%
Gestion des déchets	15	16,48%
Maîtrise des risques professionnels	16	17,58%
Prévention des infections nosocomiales	8	8,79%
Instaurer un comité de pharmacovigilance	9	9,89%
Amélioration continue	75	100,00%
Formation continue et développement des compétences	42	56,00%
Evaluation de l'utilisation des partogrammes	11	14,67%
Recommandations de certification	5	6,67%
Organisation de la Prise en charge des parturientes	8	10,67%
Développer une culture qualité	5	6,67%
Dossier d'accouchement	4	5,33%
Satisfaction	77	100,00%
Accueil et Communication avec usagers	33	42,86%
Satisfaction des parturientes et leurs familles	23	29,87%
Organisation du travail et communication interne	21	27,27%
Accessibilité, Disponibilité et Continuité	42	100,00%
L'accès aux services de la Maternité	13	30,95%
Maîtrise de la réalisation des Fonctions SONU	19	45,24%
Système de référence / contre référence	6	14,29%
Disponibilité des spécialistes	4	9,52%
Ethique et déontologie	26	100,00%
Respect des principes d'éthique	18	69,23%
Confection de chartes	8	30,77%
Actions de partenariat	20	100,00%
Communication externe et actions de partenariat	20	100,00%
Gestion du Matériel et équipement	19	100,00%
Gestion du matériel	9	47,37%
Maintenance des équipements	10	52,63%
Planification et outils de pilotage	25	100,00%
Elaboration de plans d'actions annuels	12	48,00%
Indicateurs et tableaux de bord	9	36,00%
Rationalisation des ressources	2	100,00%
Mécanisme de lutte contre le gaspillage	2	100,00%
Gestion des médicaments	3	100,00%
Gestion des médicaments	2	66,67%
Prescription des médicaments	1	33,33%

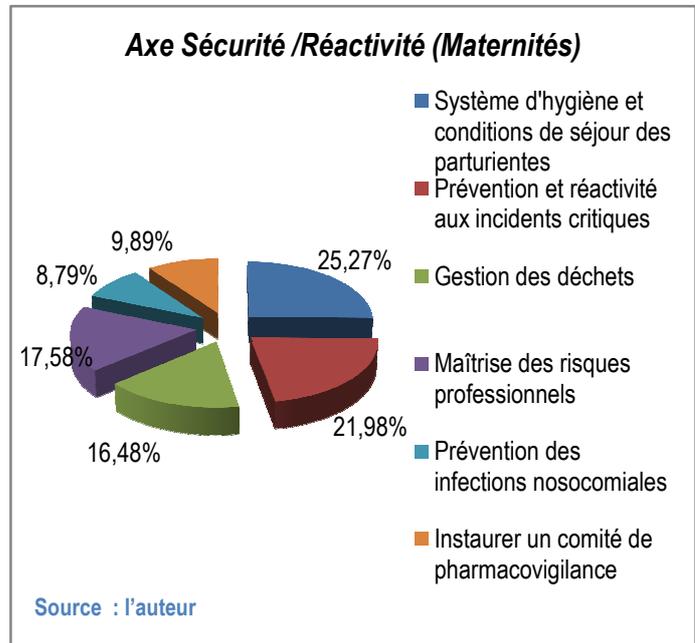
Source : l'auteur

Les aspects constituant les trois premiers axes ayant reçu le maximum des recommandations pour les maternités :

Sécurité/Réactivité

Les recommandations relatives à cet axe concernent six aspects (fig.8), plus d'un quart des recommandations ont porté sur l'aspect *système d'hygiène/conditions de séjour des parturientes*, vient en deuxième lieu la *prévention/réactivité aux incidents critiques* avec 21%, ces deux aspects à eux seules détiennent plus de 47% des recommandations relatives à cet axe.

Figure 8 : Axe Sécurité/Réactivité (Maternité)



Satisfaction

On note au niveau de cet axe qui se compose de trois aspects (fig.9) que, vers 43% des recommandations insistent sur l'importance de l'aspect *accueil/communication avec les usagers*. Le reste des recommandations est partagé entre la *Satisfaction des parturientes/leur familles* (29,27%) et *Organisation du travail/communication interne* (27,27%).

Figure 9 : Axe satisfaction (Maternité)

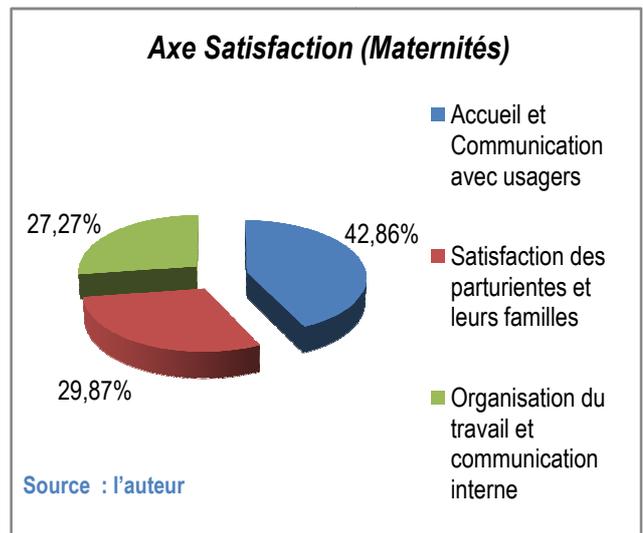
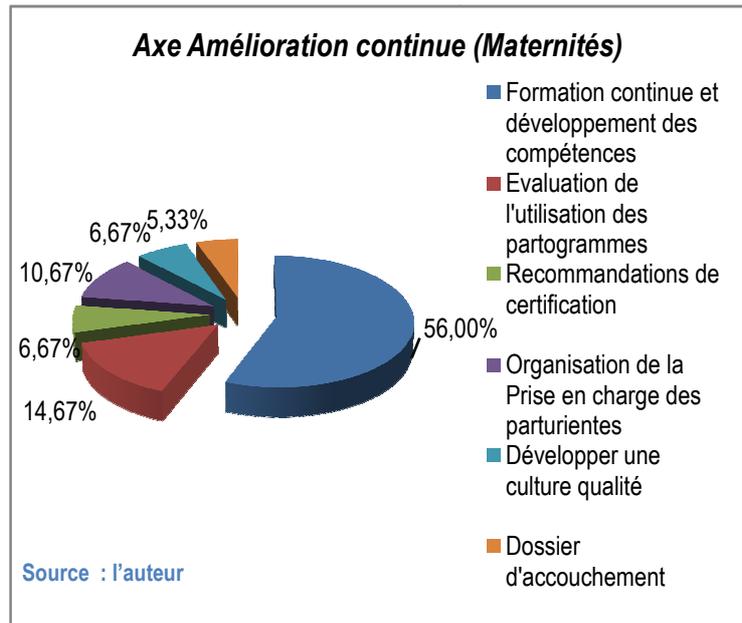


Figure 10 : Axe Amélioration continue (Maternité)

Amélioration continue

On remarque au niveau de cet axe qui se décompose en six aspects (fig.10) que, la *Formation continue/développement des compétences* constitue la principale recommandation réitérée à 56% de l'ensemble de l'axe.



4.1.3 Au niveau des Centres de Santé

1. Résultat d'analyse par axes globaux

Le tableau suivant présente les différents résultats obtenus par axes de recommandations pour les centres de santé :

Tableau 9 : Nombre de recommandations par axe des Centres de Santé

Axe d'amélioration	Nombre de recommandations	%
Satisfaction	236	22,06%
Amélioration continue	228	21,31%
Sécurité et Réactivité	149	13,93%
Disponibilité et Continuité	56	5,23%
Ethique et Déontologie	52	4,86%
Actions de partenariat	113	10,56%
Rationalisation des ressources	6	0,56%
Gestion du Matériel et équipement	77	7,20%
Planification et outils de pilotage	46	4,30%
Gestion des Médicaments	107	10,00%
Somme des recommandations	1070	100,00%

Source : l'auteur

L'ensemble des axes de recommandations qui ressortent au niveau des centres de santé sont au nombre de dix. Les deux principaux axes sont ceux relatifs à la *Satisfaction* avec 22,06% et l'*Amélioration continue* avec 21,31%. L'axe *sécurité/Réactivité* arrive en troisième niveau avec 13,93%. Les trois axes précités font plus de 57% du total de recommandations recensées pour les Centres de Santé.

2. Résultats d'analyse détaillée par aspects

Le tableau suivant montre les résultats détaillés par aspects.

Tableau 10 : Nombre de recommandations par axe et par aspects des Centres de Santé

Axe d'amélioration	Nombre de recommandations	%
Sécurité et Réactivité	149	100,00%
Gestion des déchets	97	65,10%
prévention des risques et innocuité des soins	52	34,90%
Amélioration continue	228	100,00%
Formation continue et développement des compétences	81	35,53%
Diffusion et respect des protocoles	11	4,82%
Suivi évaluation du travail	14	6,14%
Valorisation des initiatives locales	8	3,51%
Culture qualité et appropriation de la DQ	14	6,14%
Implication du personnel à la prise de décision	25	10,96%
Système d'information	9	3,95%
Benchmarking	66	28,95%
Satisfaction	236	100,00%
Accueil et Communication avec les clients	80	33,90%
Evaluation de la satisfaction des usagers	49	20,76%
Codification et optimisation du circuit du malade	3	1,27%
Motivation et valorisation du personnel	46	19,49%
Organisation du travail et communication interne	58	24,58%
Disponibilité et Continuité	56	100,00%
Continuité des soins	10	17,86%
Système de référence / contre référence	21	37,50%
Disponibilité du personnel	25	44,64%
Ethique et Déontologie	52	100,00%
Confection de chartes	12	23,08%
Respect des principes d'éthique	40	76,92%
Actions de partenariat	113	100,00%
Communication externe et actions de partenariat	113	100,00%
Rationalisation des ressources	6	100,00%
Optimiser les ressources humaines	5	83,33%
Optimiser les ressources matérielles	1	16,67%
Gestion du Matériel et équipement	77	100,00%
Gestion du matériel	49	63,64%
Maintenance des équipements	28	36,36%
Planification et outils de pilotage	46	100,00%
Outils de planification	21	45,65%
Indicateurs et tableaux de bord	25	54,35%
Gestion des Médicaments	107	100,00%
Gestion des médicaments	95	88,79%
Prescription des médicaments	12	11,21%

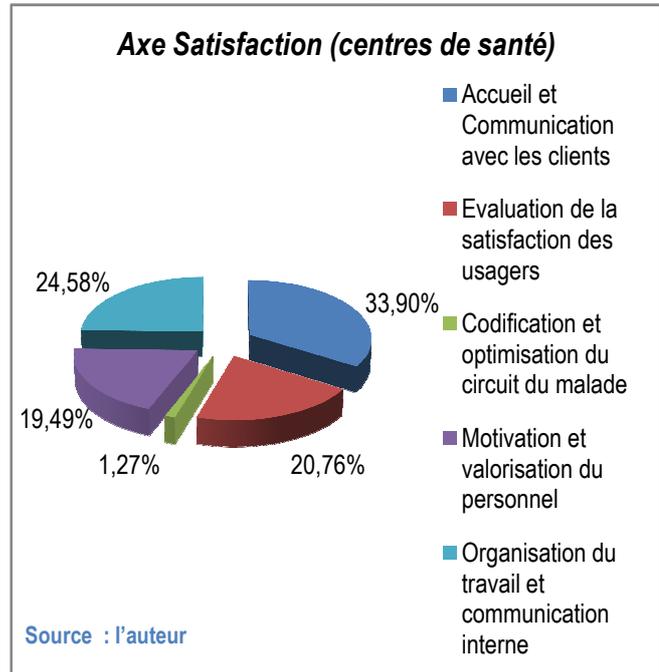
Source : l'auteur

Les trois premiers axes ayant été les plus recommandés :

Satisfaction

L'axe *Satisfaction* se décline en cinq aspects (fig.11). Les aspects majoritairement recommandés sont *Accueil/communication avec les clients* et *Organisation du travail/communication interne* qui font environs 60% des recommandations par rapport à cet axe. La *codification/optimisation du circuit du malade* arrive en dernière position avec seulement 1,27%.

Figure 11 : Axe Satisfaction (centres de santé)



Amélioration continue

Comme le montre la (fig.12) cet axe est décliné en huit aspects, deux d'entre eux ont reçu 65% du total des recommandations de cet axe : *Formation continue/développement des compétences* à 35,53% et *Benchmarking* à 28,95%. La *Valorisation des initiatives locales* a enregistré le nombre de recommandation le plus bas qui est de 3,51%.

Figure 12 : Axe Amélioration continue (centres de santé)

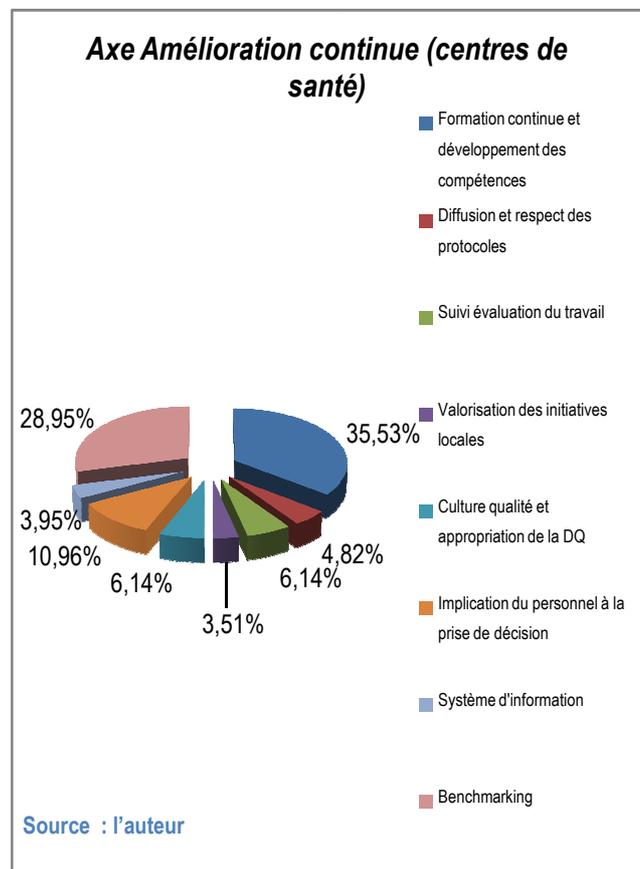
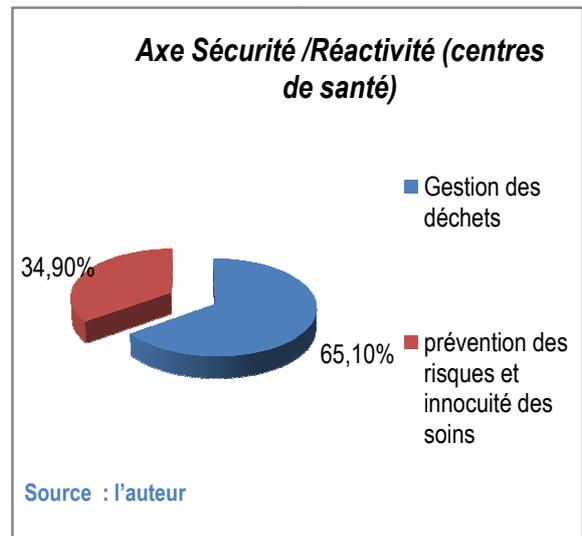


Figure 13 : Axe sécurité/Réactivité (centres de santé)

Sécurité/Réactivité

L'axe sécurité/Réactivité se décompose en deux aspects (fig.13), la *Prévention des risques/innocuité des soins* a occupé 65%, tandis que la *Gestion des déchets* a eu les 35% parmi les recommandations ayant concernées cet axe.



4.2 Analyse et discussion des résultats

A la lumière des résultats obtenus, on se propose dans cette partie de discuter les opportunités d'amélioration en matière de la qualité du système de santé marocain, dans une approche systémique qui intègre différents paliers de soin existants.

Globalement, les résultats des trois types de structures de soin ont montré que le potentiel d'amélioration existe au niveau des trois axes suivants : sécurité/réactivité, amélioration continue et satisfaction. Venant à la tête des préoccupations des responsables de soins, les thématiques relatives à ces axes, méritent quelques interprétations.

1. Sécurité/Réactivité

La sécurité est une dimension très importante de la qualité des soins, elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. C'est une dimension qui met l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients, elle constitue une composante essentielle de la gestion de la qualité comme il a été soulevé au 2eme chapitre de notre travail. Or, il arrive que des interventions médicales ou chirurgicales au niveau des structures de santé qui sont censées profiter aux patients, leur nuisent et ce en raison de la complexité des procédures, des technologies et d'interactions humaines.

La sécurité des patients est à l'agenda politique de l'Organisation Mondiale de la Santé. Des études menées par un certain nombre de pays occidentaux ont révélé qu'entre 4% à 16% des patients admis dans les hôpitaux sont victimes d'événements indésirables (dits aussi incidents critiques) liés aux soins qu'ils reçoivent. Plus de 70% de ces incidents conduisent à des incapacités temporelles ou

permanentes, sans compter leurs conséquences financières pour les patients mais aussi pour l'hôpital¹².

La situation dans les pays en développement n'est guère meilleure, plusieurs facteurs augmentent la probabilité de survenue de ces événements indésirables dans ces pays : Vétusté des infrastructures et des équipements ; Conditions d'approvisionnement et qualité peu fiable des médicaments ; Carences en matière de gestion des déchets de soins souvent dangereux ; Lutte insuffisante sinon absente contre les infections nosocomiales, Personnel très peu informé et habilité ; Sous financement global des systèmes de santé .

Les résultats obtenus dans le cadre du présent travail, montrent que la sécurité des soins est une faiblesse reconnue dans le système de santé au Maroc, dans la mesure où cet axe arrive en tête des recommandations formulées dans les plans d'amélioration des Hôpitaux, Maternités et dans une moindre mesure pour les Centres de Santé où il est classé troisième. Les principaux aspects évoqués à cet égard ont concerné la gestion des déchets, la maîtrise des risques professionnels/incidents critiques et la prévention des infections nosocomiales.

Pour promouvoir la sécurité des patients dans ses établissements sanitaires, le Ministère de la Santé intervient sur deux volets : Système de contrôle de la sécurité et la Lutte contre les infections nosocomiales.

-Système de contrôle de la sécurité : Le Maroc a été choisi par l'OMS (avec 6 autres pays : Tunisie, Egypte, Kenya, Soudan, Yémen et Jordanie) pour conduire une étude sur les incidents critiques liés aux soins¹³. Cette étude a été pilotée par la DHSa et ses résultats ne sont pas encore disponibles.

En matière de gestion des risques sanitaires, malgré les différents programmes verticaux de vigilances : la pharmacovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance, qui sont gérés de manière segmentée et cloisonnée, et du projet pilote implanté au niveau de deux Hôpitaux à Casablanca (Hôpital Moulay Youssef et Hôpital Moulay Rachid), on note l'absence d'une démarche systématique de gestion des risques globale et intégrée au niveau des Hôpitaux publics (Chafiq K, 2008).

-Lutte contre les infections nosocomiales¹⁴ : le Ministère de la santé mène une stratégie de lutte contre infections nosocomiales au niveau des hôpitaux, plusieurs activités ont été réalisées, dont l'élaboration d'un manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, d'autres sont en cours ; l'élaboration des référentiels et standards de bonnes pratiques pour la lutte contre les infections nosocomiales.

L'étude sur la prévalence des infections nosocomiales menée sous l'égide de l'OMS dans cinquante cinq hôpitaux de quatorze pays dans quatre des six régions OMS (Asie de sud Est, Europe,

¹² <http://www.dhsa.ma>

¹³ Ibid.

¹⁴ Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital (MS, Manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales, 2010)

méditerranée orientale et pacifique occidentale) a révélé qu'en moyenne 8,7% des patients hospitalisés avaient acquis une infection nosocomiale (Ministère de la Santé, 2010).

Dans les pays développés, 5 à 10 % des patients admis dans les services de soins aigus contractent une infection liée aux soins. (OMS)

Au Maroc, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales réalisée en 1994, a révélé que : La prévalence globale de l'infection nosocomiale dans les hôpitaux marocains était de 8.1%. Celle-ci augmentait selon le niveau de technicité et de spécialité des structures hospitalières. Elle était de 4,1% dans les hôpitaux provinciaux, de 7,7% dans les hôpitaux régionaux et de 9,5% à 11,5% dans les hôpitaux universitaires (Ministère de la Santé, 2010).

La prévention est basée sur la compréhension des modes d'acquisition et de transmission des infections nosocomiales et repose essentiellement sur l'utilisation des précautions et le respect des standards.

La prévention des infections nosocomiales est la responsabilité de tous les prestataires de services de santé (les gestionnaires, le personnel soignant, le personnel de soutien et le personnel en formation).

- Gestion des déchets : Parallèlement à la promulgation des textes régissant la gestion des déchets au Maroc, le Ministère de la Santé a inscrit parmi ses priorités d'action le renforcement du dispositif de gestion des déchets d'activités de soins, notamment à travers :

1. L'Achat de 21 broyeurs stérilisateur avec un montant de près de 40 000 000 DHS.
2. L'Elaboration et la diffusion de deux guides sur la gestion des déchets
3. L'Encouragement de l'externalisation de la gestion des déchets d'activités de soins

Le Maroc projette également d'autres actions :

Développement d'une stratégie nationale relative à la gestion des déchets hospitaliers dans le cadre de la coopération avec l'OMS (bienné 2008-2009)

Elaboration des textes d'application de la Loi 28/00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination.

La maîtrise de la sécurité avec tous ses composants constitue un aspect clé de la qualité des prestations des services de soins. Ceci, passe nécessairement par la mise en place d'une politique globale de prévention et de réduction des risques, permettant d'assurer la sécurité sanitaire des usagers, et où l'instauration d'un système de signalement des événements indésirables pour inventorier les risques constitue, à notre avis, un élément essentiel.

2. Satisfaction

La satisfaction comme axe d'amélioration, mis en exergue dans le cadre de notre étude désigne l'ensemble des activités ou actions visant la prise en compte des besoins aussi bien des patients/usagers que ceux des prestataires des soins.

D'après nos résultats, la satisfaction est une préoccupation majeure des structures de soins au Maroc, elle vient en premier niveau des recommandations des responsables des centres de santé, deuxième pour les Hôpitaux et Maternités, les aspects ressortis dans ce cadre concernent : accueil/communication avec les usagers, organisation de travail/communication interne.

Les données sur la satisfaction des patients représentent un indicateur clé de la qualité des soins et des traitements délivrés par les médecins, les infirmiers et l'hôpital en général (Christopher *et al*, 2009). D'autant plus que ces dernières sont une exigence des normes ISO 9001 version 2000, qui accordent une importance fondamentale à l'écoute du client.

L'aspect accueil et communication revêt une importance primordiale au niveau du processus de soin, la satisfaction des usagers passe tout d'abord par l'assurance d'un espace de soin favorable et réconfortant et une bonne communication interpersonnelle entre prestataires et patients.

Une enquête menée par le ministère de la santé en 2003 a montré que :

Pour les services ambulatoires, le délai d'attente est jugé plus long par 63,9% des utilisateurs du secteur public contre 39,4 pour le privé.

Pour les services hospitaliers, le délai d'attente a été jugé non satisfaisant par 53.2% des patients hébergés dans un hôpital public et 23.2% de ceux hospitalisés dans un hôpital privé.

En matière de communication, s'agissant du critère relatif à la satisfaction par rapport à la clarté des explications données par les prestataires et le temps accordé aux questions de clarification:

Au niveau des services ambulatoires : 36,4% des usagers du service public s'estiment insatisfaits de la clarté des explications et 37,6% pour le temps accordé aux questions des patients contre (14,8% et 14,5%) pour le privé.

Au niveau des services hospitaliers publics, la communication est jugée insatisfaisante à raison de (35,5% et 36.9%) contre le privé (36% et 39,7%).

Toujours selon cette enquête et concernant l'aménagement de base tenant compte les deux critères : propreté de la structure, espace :

47,3% des utilisateurs des services ambulatoires du secteur public se déclarent insatisfaits de la propreté des structures et 52,7% de l'espace contre (10,6% et 24,2%) au niveau du privé.

Les pourcentages de patients insatisfaits des aménagements de base (Propreté, Espace) au niveau des établissements hospitaliers montrent une différence significative entre utilisateurs des établissements publics (avec 40.9% et 37.9%) et ceux des établissements privés (5% et 11.1%).

Les établissements publics de soin auraient à déployer des efforts pour mieux satisfaire les attentes de leurs usagers en matière d'accueil et communication.

Une communication interpersonnelle efficace (CIP) entre le prestataire de soins de santé et le client est l'un des éléments les plus importants pour améliorer la satisfaction du client, son adhésion au traitement

et les résultats du point de vue santé. En effet, des patients qui comprennent la nature de leur maladie et son traitement et qui pensent que le prestataire se soucie de leur bien-être sont bien plus satisfaits des soins reçus et plus susceptibles de se conformer aux protocoles de traitement.

Les étapes du processus de communication efficace sont généralement les suivantes : créer un dialogue allant dans les deux sens, établir une relation de partenaire entre le patient et le prestataire, créer une atmosphère attentionnée, combler la distance sociale entre le prestataire et le client, tenir compte des influences sociales, utiliser efficacement la communication verbale et non verbale et donner tout le temps nécessaire aux patients pour qu'ils racontent leur histoire (Béregère *et al*, 1997).

La nature complexe de l'organisation des services de soin impose également, le renforcement de la communication interne entre professionnelles, seule capable d'atténuer les effets pervers du cloisonnement entre les services. Cet aspect reste encore problématique comme nous l'avons constaté (d'après les résultats obtenus). L'amélioration de la CIP devrait prendre en considération les principales catégories comprenant la communication patient-prestataire, la communication avec la famille et les proches, la communication entre pairs et avec les autres intervenants en santé.

3. Amélioration Continue

L'axe Amélioration continue dans le cadre de notre étude, intéresse l'ensemble des actions entreprises par les structures de soin, susceptibles de promouvoir la démarche qualité et de l'inscrire dans une continuité.

Les résultats obtenus dans le cadre de notre analyse montrent que l'Amélioration continue est parmi les principales inquiétudes relevées par les responsables des structures de santé. Les aspects éminemment ressortis à ce niveau concernent en premier lieu la formation continue/développement des compétences, le Benchmarking, la culture qualité et le suivi/évaluation de travail.

L'efficacité du système de santé et la qualité des services dépendent de la qualité du travail des professionnels qui, elle même est fonction des connaissances, des compétences et de leur motivation. Par conséquent, il s'agit de préparer les professionnels de santé à s'adapter aux conditions de l'exercice de leur métier dans un environnement sanitaire en rapide mutation.

La formation continue est un déterminant important de la qualité des soins, comme l'a souligné l'OMS dans sa définition de la qualité, évoquée plus haut : «c'est délivrer à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale... ». La référence à l'état actuel de la science médicale implique le maintien de la veille informationnelle. L'information des professionnels de soin, en tant qu'elle vise à réduire l'écart entre les données scientifiques du moment et la réalité des pratiques médicales, représente donc l'un des leviers majeurs pour accroître la qualité des soins.

Dés 1990, le ministère de la santé au Maroc a mis en place une Stratégie Nationale de Formation continue avec la création du Service de Formation continue, la dite stratégie était révisée en 1999 et chaque année le ministère de la Santé développe des plans de formation continue et alloue des crédits

pour leur réalisation. Malgré ces efforts entrepris le constat de la situation actuelle fait ressortir plusieurs dysfonctionnements et contraintes¹⁵ :

- Absence d'outils réglementaires, la FC n'est pas encore institutionnalisée ;
- Faiblesse des structures chargées de la FC ;
- Insuffisance des ressources humaines et financières allouées à la FC ;
- Inadaptation des approches et méthodes de formation ;
- Insuffisance de la documentation et des revues spécialisées ;
- Limitation de l'accès aux technologies de l'information ;
- Absence de motivation ;
- Absence d'organisation de formation diplômante ;
- L'offre de formation est insuffisante, peu accessible et peu adaptée par rapport aux nouveaux besoins de formation : Le MS ne dispose pas d'un mécanisme systématique d'identification et de fixation des priorités des besoins de FC, Le système de FC est peu réactif par rapport aux besoins émergents du système de santé, L'iniquité de l'offre actuelle de FC ;
- o Dysfonctionnements liés au pilotage de la FC : Chevauchement des rôles et responsabilités concernant la FC au MS, Multiplicité et manque de coordination entre les intervenants opérationnels de la FC.

Autre aspect également relevé au niveau de l'axe amélioration continue, est le faible recours au Benchmarking qui est un processus continu de recherche, d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques pour améliorer la performance des processus dans une organisation¹⁶. "Qui veut s'améliorer doit se mesurer, qui veut être le meilleur doit se comparer" Citation de Robert C. Camp¹⁷.

Le benchmarking offre une opportunité d'amélioration continue aux structures de soins en vue de répondre aux attentes des patients, d'autant plus qu'il favorise les échanges entre professionnels de terrain sur leurs pratiques afin d'initier des changements au sein de leurs établissements.

Le Concours Qualité au Maroc incite les structures de soin à adopter les différents outils qualité, dont le benchmarking comme un moyen, leur permettant de remettre en cause leurs pratiques vis-à-vis de leurs pairs.

Nous avons constaté également, que la culture qualité est parmi les principaux aspects préoccupants les responsables des structures de soins. Les efforts déployés par le ministère de la santé à travers l'intégration de la démarche qualité comme approche de gestion, ont visé essentiellement la promotion d'une culture qualité, seule capable de garantir le succès et la réussite escomptés. Or, il s'avère que le

¹⁵ Plan d'action santé, 2008-2012 – Réconcilier le citoyen avec son système de santé

¹⁶ Wikipédia

¹⁷ Initiateur de la démarche benchmarking à la société Xerox et Auteur de : Le benchmarking : Pour atteindre l'excellence et dépasser vos concurrents. Editions d'organisation

changement culturel est un processus lent et long, qui demande un fort engagement des responsables et une grande implication des professionnels aux différents niveaux du système.

La culture est une dimension qui conditionne le plus la pérennité et l'efficacité des démarches qualité (Shortell *et al*, 1998). Certains auteurs la qualifient de « barrière invisible », à l'origine d'obstacles souvent non matérialisés. Il s'agirait d'éléments essentiellement d'ordre « humain » non apparents (Jacquayrie A, 2001).

La dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui favorisent la mise en œuvre de la démarche qualité (ANAES, 2002). L'évolution de la culture s'acquiert progressivement par la conduite des différentes actions. Le but est d'agir en profondeur sur l'ensemble des acteurs en développant :

- Le travail en équipe, l'esprit d'ouverture et de collaboration qui permettent de construire un vocabulaire partagé et une vision commune afin de transcender les représentations individuelles et donner la volonté d'agir ensemble ;
- L'approche client ; il n'est pas toujours facile sur le plan culturel d'accepter que le regard du client sur l'Organisation soit primordial. Les professionnels invoquent souvent un manque de compétence du client pour porter une appréciation sur la qualité du produit ou du service. L'effort culturel, qui consiste à accepter le regard du client, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès pour l'Organisation ;
- La culture de la mesure qui permet l'instauration d'un dialogue objectif entre professionnels, la distinction entre les faits et les opinions, la prise de décision à partir d'éléments factuels et l'objectivation des changements ;
- L'approche positive de l'erreur qui conçoit les erreurs et les dysfonctionnements comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner.

La dimension culturelle a été illustrée par Leuleutre, qui précise que la conduite des démarches qualité reste conditionnée par :

« une culture de la priorité à accorder aux clients », « une culture de la prise de décision à partir de faits chiffrés », « une culture de l'anticipation et de la prévention consistant à traiter les problèmes à priori », « une culture de la responsabilisation du personnel » et « une culture de la coopération entre les services » (Leuleutre, 1999, p :297).

Le suivi/évaluation est un aspect qui reste insuffisamment développé au sein des structures de soins objet de notre étude. Comme nous l'avons évoqué au deuxième chapitre, l'évaluation est une étape essentielle de la démarche qualité si l'on veut améliorer le système de santé.

Le suivi représente la collecte et l'examen routinier de données pour aider à voir si les normes sont bien observées. En suivant un ensemble d'indicateurs clés, les responsables et les superviseurs peuvent déterminer si les services sont offerts conformément aux normes fixées, débouchant sur les résultats souhaités. Le système de suivi est un pivot de l'effort d'assurance de la qualité. Il permet en effet de

déterminer la différence entre le niveau de qualité souhaité et celui obtenu. Ce qui permet l'identification d'opportunités d'amélioration de la qualité des soins ou des services.

4.3 Recommandations

A l'issue de notre étude, nous formulerons quelques recommandations, portant sur les opportunités d'amélioration du système de santé, susceptibles de susciter des réflexions pour les responsables de soins dans une perspective d'amélioration continue du système de santé au Maroc.

- Renforcer les actions de vigilance et sécurité des patients et des professionnels de santé en :
 - o Développant la recherche et les études épidémiologiques visant à analyser l'incidence des risques professionnels et des conditions de travail ;
 - o Créer un conseil de supervision du risque professionnel, afin de mettre en place une stratégie globale de prévention des risques professionnels.
 - o Renforcer et généraliser les systèmes de signalement d'événements indésirables au niveau de toutes les structures de soin.
 - o Consolider la prévention contre les infections nosocomiales, renforcer le rôle et la mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).
 - o Accélérer la mise en place d'une stratégie de gestion des déchets hospitaliers.
- Elaborer et mettre en œuvre un nouveau système obligatoire de formation continue, de surveillance formative et d'orientation pour les professionnels de la santé afin d'améliorer les performances.
 - o Développer un mécanisme d'identification des besoins et priorités en formation continue.
 - o Soutenir l'élaboration des plans de formation continue des structures
- Améliorer l'accueil et la communication prestataire-patient, il importe de mettre en place des modalités qui permettent d'être à l'écoute des utilisateurs (gestion des plaintes) et d'instaurer des mécanismes de rétroaction mesurant la satisfaction des usagers de manière régulière (sondage)
- Renforcer la communication interne entre prestataires et la reconnaissance de tous ceux qui travaillent dans le système de soin de santé.
- Encourager les échanges d'expériences réussies entre les structures de soins (Benchmarking).
- Dynamiser l'activité de suivi au niveau des structures de soin et les mécanismes d'évaluation interne et externes.
- Assurer une généralisation de la culture qualité à tous les niveaux du système de santé et permettre aux professionnelles de s'approprier la démarche qualité et ses outils.

Conclusion

Le Ministère de la santé s'emploie depuis 1990 à développer le management de la qualité au sein de ses services, en vue d'augmenter leur performance et mieux répondre aux attentes des usagers. L'organisation du Concours Qualité s'inscrit dans cette dynamique dont il s'attache à préserver, à travers l'instauration d'une démarche d'amélioration continue. Cette dernière implique nécessairement une remise en question permanente des pratiques, l'amélioration de la qualité n'est jamais complètement terminée, c'est un cycle continu d'apprentissage et d'amélioration. Le point de départ et le point d'arrivée sont centrés sur l'utilisateur, le début du cycle est centré sur les besoins alors qu'il se termine par la perception qu'a l'utilisateur des services reçus.

Si l'amélioration de la qualité s'impose d'elle-même, il s'impose avant tout de bien partir pour mieux arriver. Il s'agit de cibler les dysfonctionnements ou les problèmes, de les prioriser et de travailler à la recherche des solutions. Chaque fois qu'il y a un écart négatif entre ce que l'on souhaite voir se passer (l'état souhaité) et ce qui se passe en réalité (l'état actuel), on dit qu'il existe un problème potentiel ou une opportunité d'amélioration. Le contexte de notre étude se rapportant à cette phase d'identification des besoins et des opportunités d'amélioration du système de santé, s'est tâché d'identifier les points problématiques au sein des structures de soin ayant participé à l'édition 2011 du concours qualité, à travers l'analyse des recommandations contenues dans les plans d'améliorations, élaborés à l'issue du processus de ce concours par les responsables des dites structures sous l'appui des auditeurs. La question à laquelle nous avons tenté de répondre, durant ce travail, est de savoir quelles sont les opportunités d'amélioration au niveau des structures de soin en question, leur niveau de priorisation et leur étendue ?

Les résultats obtenus au terme de notre étude permettent d'identifier les axes à fort potentiel d'amélioration ci-après, avec une déclinaison en aspects :

Sécurité/réactivité : maîtrise des risques professionnels, prévention des maladies nosocomiales, gestion des déchets hospitaliers ;

Amélioration continue : formation continue et développement des compétences, Benchmarking, culture qualité ;

Satisfaction : accueil et communication avec les usagers, communication interne,

Nous avons constaté dans les trois types de structures étudiées que parmi l'ensemble des axes identifiés, ceux présentant un fort potentiel d'amélioration portent sur les mêmes domaines. Ce qui nous amène à conclure que ces problématiques relèvent du système de santé et leur résolution devrait être pensée dans le cadre d'une approche globale.

Notre analyse est une tentative d'apporter un éclairage sur la qualité du système de soin au Maroc, à partir des préoccupations exprimées par les responsables des établissements de soin dans les plans d'amélioration. La fiabilité et la pertinence des résultats obtenus dépendent de la fidélité des recommandations, transcrites dans ces plans, à traduire l'état des lieux des structures concernées.

L'absence de contacts directs avec les responsables de ces structures constitue une limite à notre étude. Néanmoins, elle présente l'avantage de porter une vision globale sur l'ensemble du système en touchant un échantillon large (plus de 50% des structures participantes au CQ 2011).

Par ailleurs, la logique de continuité prônée par la démarche qualité nous amène à réfléchir sur les perspectives d'amélioration. Il s'agit de cerner les causes des dysfonctionnements en menant une recherche sur le terrain, mais également de soulever un questionnement sur les outils et les méthodes qualité mis en place et leur capacité d'adaptation en vue d'intégrer les changements souhaités.

Références bibliographiques

- ANAES. (2002). *Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris: ANAES.
- Baldrige Performance Excellence Program. (2012). *2011–2012 Health Care Criteria for Performance Excellence*. Gaithersburg, États-Unis
- Bérengrère de Negri et al. (1997). *Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients*. USAID. Bethesda, MD. USA
- Blaise P. (2005). *Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publiques de santé, Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique*. Thèse de doctorat à l'ULB, 2005.
(www.itg.be/itg/uploads/publichealth/blaise/thèse%20PBlaise%20Diaporama%20sonorisé.ps)
- Brilman et Hérard. (2006). *Les meilleures pratiques de management*. Edition d'Organisation. Paris.
- Brown et al. (2003). *Assurance de qualité des soins de santé dans les pays en voie de développement*. USAID. Bethesda, MD. USA.
- Brunelle Y. (1993). *La qualité des soins et services : Un cadre conceptuel*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Direction Générale de la Planification et de l'évaluation. Service de l'évaluation de la couverture et de la qualité des services. Québec. Collection Etudes et Analyses n°16.
- Chafiq Khalid. (2008). *Implantation d'une démarche de gestion intégrée des risques à l'hôpital provincial de beni mellal*. Mémoire. INAS
- Chardonnet A et Thibaudon D. (2004). *Le guide du PDCA de Deming. Progrès continu et management*. Paris: Editions d'Organisation. 2ème édition.
- Christopher G et al. (2009). *Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life*. BMC Health Services Research.
- Cruchant L. (2000). « *La qualité* » que sais-je ? n°2779. Edition PUF. Paris.
- Donabedian A. (1989). "*Institutional and professional responsibility in quality assurance*" *Quality assurance in health care*, n° 1, p. 3-11.
- Donabedian, A. (1980). "*Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*". Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.
- ISO. (1995). Normes ISO 8402: *Management de la qualité et assurance de la qualité- Vocabulaire*. Paris : AFNOR.

- ISO. (2000). *NF EN ISO 9000: Systèmes de management de la qualité- Principes essentiels et vocabulaire*. Paris : AFNOR
- ISO. (2008). *Système de management de la qualité : Exigences*. Paris : AFNOR
- Jacquayrie A. (2001). « *Les obstacles à la qualité : barrières visibles et invisibles* ». Actualité et dossier en santé publique, n° 35, juin 2001
- Kolb F. (1995). *Le déploiement du leadership*. Cahiers Qualité Management, n°2, p.11-25.
- Lecllet H et Vilcot C. (1999). *Qualité en santé : 150 Questions pour agir*. édition : Paris. AFNOR.
- Leteurre H et al. (1999). *La Qualité hospitalière. 2ème édition, Paris*.
- Lynne Miller Franco et al. (1997). *La qualité par la résolution de problèmes et l'amélioration des processus*. Projet d'assurance de la qualité. Center for Human Services, USAID.
- Massoud R et al. (2002). *Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé*. Bethesda, MD : USAID.
- Ministère de la Santé et al. (2005). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-04*. Rabat et Calverton, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction de Planification et de Ressources Financières; Le Caire, ORC Macro et Projet PAPFAM Ligue des Etats Arabes.
- Ministère de la santé. (2000). *Programme nationale d'assurance qualité*. DHSA.
- Ministère de la santé. (2007). *Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003. DPRF*
- Ministère de la Santé. (2008). *Plan d'action santé 2008-2012. « Réconcilier le citoyen avec son système de santé »*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2010). *Manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales*. DHSA
- Ministère de la santé. (2011). *Le concours qualité du système de santé du Maroc*. Guide opérationnel.
- Ministère de la santé. (2012) *plan d'action santé 2012-2016*. Maroc.
- OCDE. (2003). *Pauvreté et santé*, Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD.
- Rapport du cinquantenaire. (2005). *Le Maroc Possible; 50 ans de développement humain et perspectives 2025*. Maroc.
- Roemer M I et Montoya-Aguilar C. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
- Ruelas Enrique et Frenk Julio. (1989). *Framework for the Analysis of Quality in Transition : The Case of Mexico*. Australian Clinical Review.

Sabin Pierre et Saint-Cloud. (2006) : *La démarche qualité dans le domaine de la santé*, Le Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale française.

Schultz Louis E. (1997). *Qualité les grands courants et les hommes*. Paris :AFNOR.

Shortell et al. (1998). *Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : what it will take to accelerate progress . The Milbank Quarterly. Volume 76*
[http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORrecords/JA/4/2/images/sem2/0002/sem20002%20\(0013-0023\).pdf](http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORrecords/JA/4/2/images/sem2/0002/sem20002%20(0013-0023).pdf)

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

WHO (2006). *Health system profile: morocco*. Cairo, World Health Organization (WHO), Regional Office for the Easrem Mediterranean (EMRO).

Webographie

http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/sommaire.htm

Site Web du ministère de la santé du Maroc

<http://www.sante.gov.ma/inas/inas.htm>

Site Web de l'Institut National d'Administration sanitaire (INAS)

<http://www.who.int/countries/mar/fr>

Site Web de l'Organisation Mondiale de la Santé

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Site Web de La Haute Autorité de Santé en France

<http://www.dhsa.ma/>

Site Web de la direction des Hôpitaux et des soins ambulatoires

<http://www.cairn.info/>

Plateforme de publication et de diffusion de revues de sciences humaines et sociales

<http://www.baldrige.com/>

Site Web du Prix national de la qualité Malcolm Baldrige

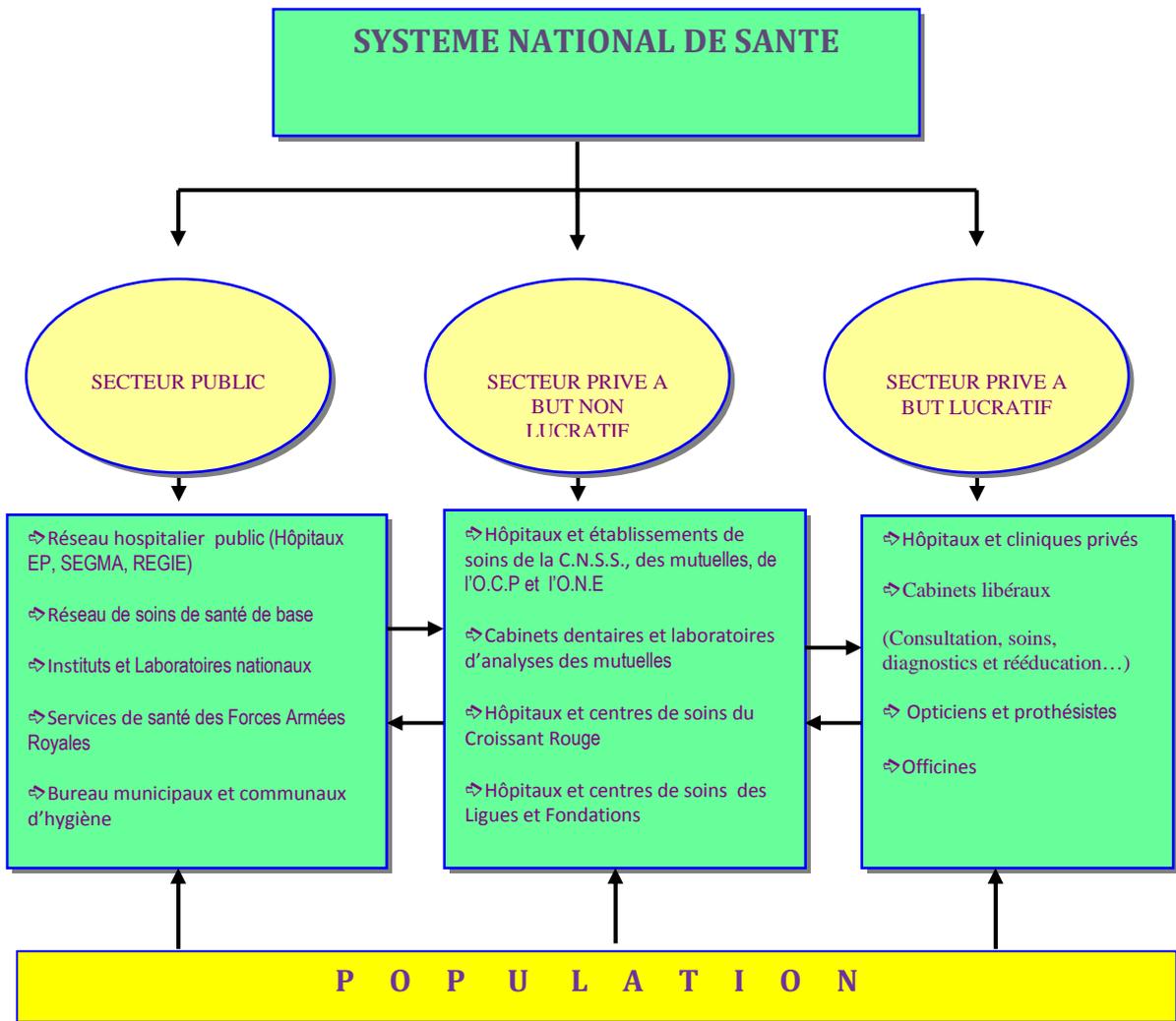
<http://www.efqm.org/en/>

Site Web du modèle européen d'excellence EFQM

ANNEXES

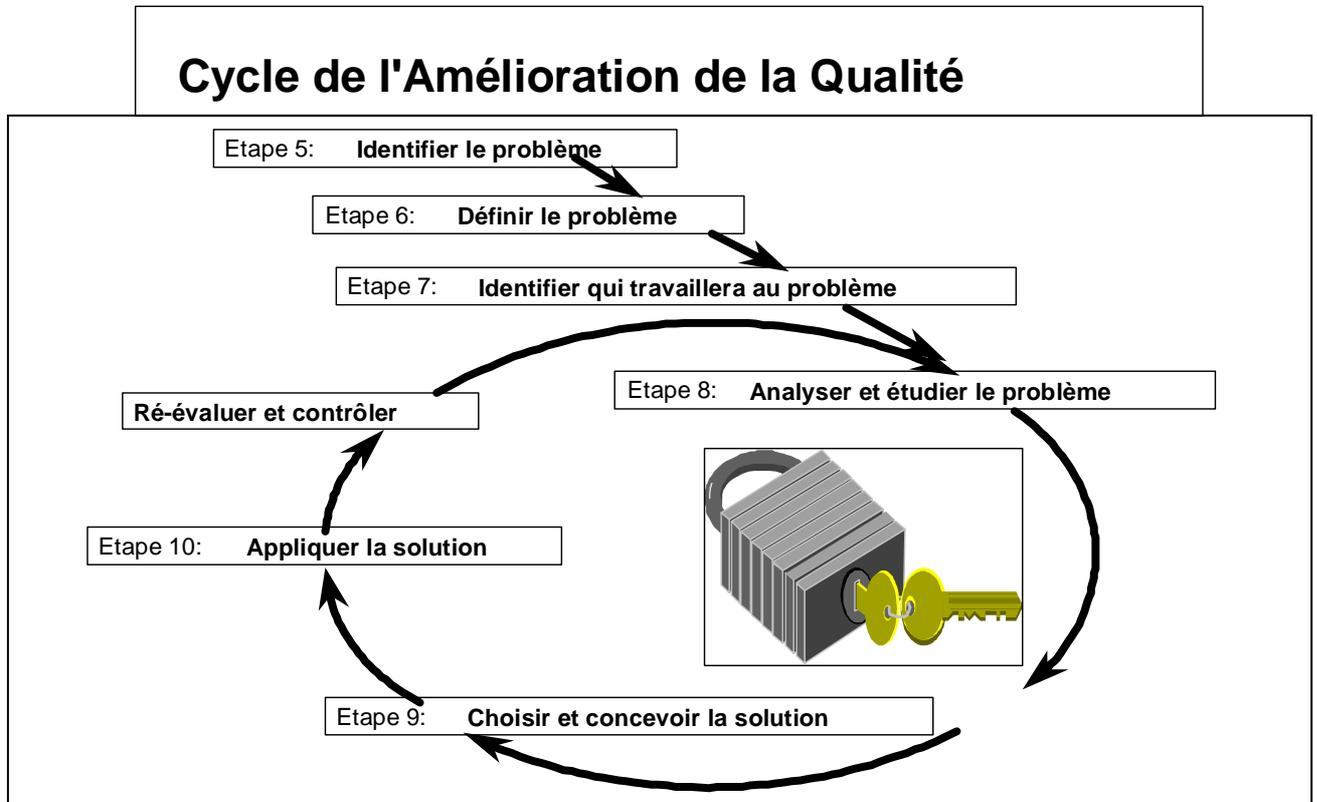
Annexe 1

Le système national de santé



Source : DPRF, MS, Rabat, Maroc, 1999

Annexe 2



Source : Bekkali et EL Mahoti (2006). Qualité & Santé, Manuel de formation de base

Annexe 3

Glossaire

Amélioration de la qualité : Actions entreprises dans tout l'organisme, en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus, pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients.

Assurance de la qualité : Ensemble d'actions prises pour que la qualité atteigne le niveau visé ou qu'elle s'en rapproche raisonnablement.

Audit Qualité : Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et si elles sont aptes à atteindre les objectifs.

Benchmarking : Technique d'évaluation par laquelle une organisation compare ses propres performances, pour des critères particuliers d'un programme d'amélioration de la qualité, avec les performances d'un leader reconnu dans le domaine de la qualité.

Besoin : Nécessité ou désir éprouvé par un utilisateur, état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque ce qui est nécessaire ou indispensable. Avoir besoin de quelque chose, se sentir la nécessité, l'utilité.

Cercle de qualité : "Petit groupe (5 à 10) d'ouvriers ou d'employés volontaires du même atelier ou du même bureau, qui se réunissent périodiquement (1 ou 2 heures par semaine ou tous les 15 jours) sous la direction de leur responsable hiérarchique pour examiner comment faire progresser ce qu'ils font, la qualité de leur production, de leurs outils, de leurs procédures, de leur environnement de travail, pour proposer des voies d'amélioration, mettre en œuvre et en contrôler les résultats".

Client (Client) : Personne qui obtient ou bénéficie de l'extrait d'un processus soit interne soit externe à un hôpital ou à une entité organisationnelle. Le client peut être une personne, un service, un dispensaire, etc. Destinataire d'un produit ou d'un service, qui exprime des besoins, des demandes, des désirs auxquels il convient d'apporter des réponses et des solutions attrayantes en vue de le séduire, le convaincre et le fidéliser.

Collecte de données (Data collection) : Action de rassembler des faits sur le fonctionnement d'un processus et / ou sur le fonctionnement d'un processus dans l'option du consommateur. Toute collecte de données repose sur une connaissance du processus et sur des principes statistiques.

Conformité : Réponse parfaite aux spécifications du client interne ou externe.

Consensus : Accord général obtenu au sein d'un groupe.

Consensus : Accord entre plusieurs personnes, accord entre consentement de plus grand nombre, de l'ensemble ou de la large majorité de l'opinion public, ou social.

Critère : Caractère, principe qui permet de distinguer une chose d'une autre, d'émettre un jugement, une estimation – en mathématique – méthode pratique permettant de vérifier si un objet mathématique possède ou non une propriété déterminée.

Cycle : Suite interrompu de phénomènes qui se renouvellent dans un ordre immuable. Didactiquement, Partie d'un phénomène périodique qui s'effectue durant une période donnée.

Démarche : Tentative faite auprès de quelqu'un ou auprès d'une autorité pour obtenir quelque chose.

Sens figuré : manière de penser, de raisonner. Démarche intellectuelle.

Dimension : Mesure de chacune des grandeurs nécessaires à l'évaluation des figures composantes déterminantes dans une situation

Données : Mesures quantitatives très spécifiques, habituellement numériques, qui peuvent être comparées aux normes ou aux références directement, ou qui peuvent être combinées à d'autres mesures pour produire une information nouvelle qui sera comparée aux normes ou aux références.

Echantillon : Petite quantité d'une marchandise qui donne une idée de l'ensemble qui permet d'en faire apprécier la qualité. Fraction représentative d'une population ou d'un ensemble statistique.

Énoncé d'un problème : Description concise d'un processus qui a besoin d'être amélioré, de ses limites, des préoccupations au niveau desquelles l'amélioration de la qualité devrait commencer, et des raisons démontrant qu'il s'agit bien d'une priorité.

Étape : Phase d'une évolution, période. Les étapes d'un processus.

Évaluation de la qualité : «Évaluer une qualité consiste à estimer un écart existant entre une situation observée et une situation considérée comme optimale» (Poirier-Coutansais, G., 1987).

Gestion de la qualité : Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité, l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.

Leadership : Un leadership en assurance qualité est la personne ayant des compétences et habiletés en matière de motivation, d'orientation, d'assurance et de prise de décision au sein d'une équipe d'amélioration de la qualité.

Management : Mode de gestion des hommes dans l'entreprise afin de faire évoluer progressivement leurs comportements.

Management de la qualité : "Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités et les mettent en œuvre par des

moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité."

Opportunité d'amélioration : Ce sont les occasions offertes et potentiellement favorables pour opérer des améliorations de la qualité des soins et des services.

Outil : Instrument tangible utilisé pour contribuer au succès d'une technique. Élément d'une activité utilisé comme moyen, comme instrument. Tout ce qu'on peut fabriquer pour réaliser une opération déterminée.

Plan d'amélioration de la qualité : le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) est constitué par l'ensemble des actions qui concourent à l'amélioration de la qualité, et qui ont été identifiées à l'issue d'un diagnostic.

Priorisation : Mettre en priorité, classer du premier au suivant qui va passer avant les autres en raison de son importance.

Problème : Existence d'un écart entre une situation désirée (ou un niveau recherché) et la réalité.

Procédure :

"Ensemble de règles qui doivent être observées pour la bonne marche du processus.

Processus : "Enchaînement d'actions et d'événements successifs aboutissant à un résultat déterminé. Un processus exploite des entrées (informations, matières, produits en cours d'évolution) qu'il transforme et transmet en sortie à un processus aval ou à un client final".

Protocole : Plan précis et détaillé pour un processus, par exemple pour la prise en charge d'un état clinique. Par exemple, les protocoles de l'OMS pour la prise en charge des cas de diarrhée.

Référence : Niveau de performance considéré comme acceptable.

Résolution d'un problème : Dispositions prises pour fermer l'écart entre une situation désirée et la réalité.

Système et sous système : (System) : Un ensemble d'organisations de personnes, de matériel ou de procédures associés à une fonction ou à un résultat particulier. Le système est habituellement constitué d'intrants, de processus et d'extrants / résultats. Un système d'une grande ampleur peut comporter un certain nombre de sous systèmes, par exemple, un système d'information de gestion (SIG).

Le système national de santé : Le système national de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population.

Vision : Image futuriste de ce que serait une organisation ou une structure.

Fonction qui permet l'exercice du sens de la vue, manière de voir, de concevoir, de comprendre quelque chose.