



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



*Centre collaborateur de l'OMS*

Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire  
et Santé Publique  
Promotion (2006-2008)

**COMPARAISON DU CONCOURS  
QUALITE EN GUINEE, AU MAROC ET AU  
CAMEROUN**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise  
en Administration Sanitaire et Santé Publique

Option : Santé Publique

Elaboré par Désiré NOLNA, MD

Juillet 2008

# Résumé

## Comparaison du concours qualité en Guinée, au Maroc et au Cameroun.

### Introduction

Le management de la qualité et les projets d'assurance qualité montent en puissance en Afrique depuis les années 90. L'amélioration de la qualité devient une préoccupation explicite des services de santé. Plusieurs approches ont été expérimentées, mais sont restées localisées posant ainsi un problème de généralisation et de leur pérennité. Dans le souci de palier à cette insuffisance, le concours qualité ou *systemic quality improvement* dans son appellation anglaise a été développé par la coopération technique allemande en 2002 en Guinée. L'objectif de ce travail vise à comparer l'utilisation du *systemic quality improvement* en Guinée, au Maroc et au Cameroun afin de tirer des leçons.

### Méthodologie

Nous avons utilisé l'approche qualitative et un devis descriptif pour réaliser cette étude. Elle a duré quatre mois (de janvier à avril 2008) et a porté sur les systèmes de santé de la Guinée, du Maroc et du Cameroun. La population cible était constituée des services déconcentrés des ministères en charge de la santé. Les données ont été collectées à partir des documents, des entretiens et de l'observation. Leur analyse a été faite par appariement et selon le modèle transversal.

### Résultats

Nous avons noté une diversité contextuelle entre les trois pays ; un système de santé dégradé en Guinée, un système de santé en pleines réformes avec à son actif une expérience de 15 ans en démarche qualité au Maroc et un système de santé à la quête de l'harmonisation de sa stratégie de planification et de l'arrimage de sa stratégie sectorielle aux objectifs du millénaire pour le développement au Cameroun. Le contenu du *systemic quality improvement* a été la

symbiose de six dimensions théoriques et empiriques de la qualité en Guinée, le fruit d'un consensus au Maroc pour la définition et le choix de neuf dimensions de la qualité et une déclinaison de la stratégie sectorielle de la santé en quatre domaines d'intervention ou dimensions de la qualité au Cameroun. L'application du *systemic quality improvement* n'a pas été menée de la même manière dans chacun des trois pays. Elle a été progressive en Guinée, commençant par une zone pilote soutenue par le programme santé et lutte contre le sida de la coopération technique allemande, puis elle a cheminée vers une extension nationale sur un principe de participation volontaire, mais limitée au secteur public. Au Maroc, le *systemic quality improvement* a d'emblée été national dans le secteur public revêtant un caractère volontaire. Au Cameroun, la participation au *systemic quality improvement* de toutes les structures déconcentrées du Ministère de la Santé Publique est née de la volonté politique de changement des pratiques de planification sanitaire de manière à les harmoniser. Les effets du *systemic quality improvement* ont été multiples et variés selon les contextes avec une valeur ajoutée propre à chaque système de santé. L'engagement et la volonté politique, l'institutionnalisation, la formation et la sensibilisation, ainsi que l'implication de tous les acteurs sont les mécanismes d'accompagnement du *systemic quality improvement* qui ont été identifiés, pendant que l'insuffisance des ressources constitue la limite commune à l'implantation du *systemic quality improvement* dans les trois pays étudiés.

## **Discussion**

Notre discussion s'articule autour de deux thèmes.

Dans un premier temps, nous situons nos résultats par rapport à ce qui est connu dans la littérature, puis nous analysons le futur du *systemic quality improvement* dans les systèmes de santé des pays en développement. Ensuite nous discutons le potentiel et les limites de notre travail et nous clôturons par la formulation des recommandations et un positionnement professionnel.

**Mots clés** : Audit, auto-évaluation, aspect, dimension, *systemic quality improvement*, concours qualité, Cameroun, Guinée, Maroc.

# TABLE DES MATIERES

	<i>Pages</i>
<b>Dédicaces</b>	<i>i</i>
<b>Remerciements</b>	<i>ii</i>
<b>Résumé</b>	<i>iv</i>
<b>Table des matières</b>	<i>vi</i>
<b>Liste des tableaux</b>	<i>ix</i>
<b>Liste des abréviations</b>	<i>x</i>
<b>I. Introduction</b>	<b><i>1</i></b>
<b>II. Description de la logique de fonctionnement du <i>SQI</i></b>	<b><i>3</i></b>
II.1. Qu'est ce que le <i>SQI</i> ?	<i>3</i>
II.2. Les objectifs du <i>SQI</i>	<i>3</i>
II.3. La conception du <i>SQI</i>	<i>4</i>
II.4. Le déroulement du <i>SQI</i>	<i>6</i>
<b>III. Modèle théorique de comparaison du <i>SQI</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b>IV. Méthodologie</b>	<b><i>10</i></b>
IV.1. Approche et type d'étude	<i>10</i>
IV.2. Lieu et période de l'étude	<i>10</i>
IV.3. Population cible de l'étude	<i>10</i>
IV.4. Données collectées	<i>10</i>
IV.5. Méthodes de collecte des données	<i>10</i>
IV.6. Analyse des données	<i>13</i>
IV.7. Considérations éthiques	<i>13</i>

<b>V. Résultats</b>	<b>13</b>
V.1. Une hétérogénéité contextuelle	13
V.1.1. La Guinée : Un contexte marqué un système de santé dégradé	15
V.1.2. Le Maroc : Un système de santé en pleines réformes avec à son actif 15 ans d'expérience en démarche qualité	16
V.1.3. Le Cameroun : Arrimer la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	18
V.1.4. La situation sanitaire de la Guinée, du Maroc et du Cameroun avant l'adoption du <i>SQI</i>	19
V.2. Le <i>SQI</i> : Un contenu qui est le reflet des priorités stratégiques de chaque pays	21
V.2.1. Les objectifs du <i>SQI</i> en Guinée, au Maroc et au Cameroun	21
V.2.2. Un ensemble de dimensions théoriques et empiriques de la qualité pour la Guinée	22
V.2.3.: Le <i>SQI</i> vu comme mécanisme de passage à échelle des réformes et de préparation des structures de santé à l'accréditation au Maroc	25
V.2.4. Des dimensions et aspects de la qualité déclinés de la stratégie sectorielle de la santé révisée pour le cas du Cameroun	28
V.2.5. Les labels du <i>SQI</i> en Guinée, au Maroc et au Cameroun	33
V.3. Une application du <i>SQI</i> adaptée à chaque contexte	34
V.3.1. En Guinée : Un <i>SQI</i> à caractères volontaire, d'abord régional, puis national	34
V.3.2. Au Maroc : Un <i>SQI</i> à caractères volontaire et national	34
V.3.3. Au Cameroun: Un <i>SQI</i> appliqué avec une volonté de changement des pratiques de planification sanitaire	35
V.4. Une multitude d'effets du <i>SQI</i> difficile à agréger	35
V.5. Le <i>SQI</i> : Une valeur ajoutée propre à chaque système de santé	38
V.5.1. L'amélioration de la qualité des services et soins dans les structures de santé du secteur public, l'amplificateur des autres approches qualité et le renforcement des liens MSP–Université	38
V.5.2. La reconnaissance du mérite et l'effet système pour le Maroc	39

V.5.3. L'élaboration du programme commun au Cameroun	40
V.6. Les facteurs ayant influencés l'implantation du <i>SQI</i>	40
V.6.1. Les mesures d'accompagnement du <i>SQI</i>	41
V.6.2. Les facteurs de succès du <i>SQI</i>	42
V.6.3. Les limites à l'implantation du <i>SQI</i>	43
<b>VI. Discussion des résultats</b>	<b>45</b>
VI.1. Résumé des principaux résultats de l'étude	45
VI.2. Interprétation des résultats	45
VI.3. Confrontation de nos résultats par rapport à l'état des connaissances	47
VI.4. Potentiels et limites de l'étude	52
VI.4.1. Les forces de l'étude	52
VI.4.2. Les limites de l'étude	52
VI.4.3. L'utilisation des résultats pour action	52
<b>Conclusion</b>	<b>53</b>
<b>Références</b>	<b>54</b>
<b>Lexique</b>	<b>56</b>
<b>Annexes</b>	<b>58</b>
<b>Curriculum vitae</b>	<b>65</b>

## Liste des tableaux

<u>Tableau I</u> :	Variance de contexte, contenu, application et effets des Interventions	Page 9
<u>Tableau II</u> :	Répartition des personnes interrogées lors des entretiens semi-structurés en face à face durant l'étude.	Page 13
<u>Tableau III</u> :	Comparaison des indicateurs sanitaires de la Guinée, du Maroc et du Cameroun des années avant l'adoption du <i>SQI</i>	Page 20
<u>Tableau IV</u> :	Les objectifs du concours qualité en Guinée, au Maroc et au Cameroun	Page 21
<u>Tableau V</u> :	Dimensions de la qualité identifiées pour évaluer les structures sanitaires selon leur type au Maroc avec l'approche <i>SQI</i> édition 2007	Page 26
<u>Tableau VI</u> :	Nombre de résultats attendus par le <i>SQI</i> pour chaque type de structure au Cameroun	Page 29
<u>Tableau VII</u> :	Présentation des labels du <i>SQI</i> , des dimensions évaluées et les années de début pour la Guinée, le Maroc et le Cameroun	Page 33
<u>Tableau VIII</u> :	Les effets observés en 2007 dans les systèmes de santé de la Guinée, du Maroc et du Cameroun après introduction du <i>SQI</i>	Page 36
<u>Tableau IX</u> :	Les quatre dimensions essentielles de Shortell pour le développement d'une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne et les conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque dimension	Page 47

## LISTE DES ABREVIATIONS

AFRO	:	Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
AMO	:	Assurance maladie Obligatoire
CQ	:	Concours Qualité
CMG	:	Charge Morbide Globale
COGES	:	Comité de Gestion
COPE	:	Client-Oriented, Provider-Efficient
DGS	:	Dépenses Globales en Santé
DHSA	:	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DPSP	:	Délégation Provinciale de la Santé Publique
EFQM	:	Fondation Européenne du Management par la Qualité
EMRO	:	Bureau Régional de l’OMS pour la Méditerranée Occidentale
GIQua	:	Gestion Intégrée de la Qualité
GTZ	:	Coopération Technique Allemande (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)
HCR	:	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IFCS	:	Institut de Formation aux Carrières de Santé
INAS	:	Institut National d’Administration Sanitaire
MS	:	Ministère de la Santé
MSP	:	Ministère de la santé Publique
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisations Non gouvernementales

PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS	:	Plan de Développement Sanitaire de District
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNAQ	:	Plan National d'Assurance Qualité
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PSS	:	Programme Santé et lutte contre le Sida
RAMED	:	Régime d'Assistance Médicale
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SQI	:	Systemic Quality Improvement
SSS	:	Stratégie Sectorielle de la Santé
TQM	:	Total Quality Management
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **I. Introduction**

Dans le monde entier, les systèmes de santé sont sous pression pour maîtriser les dépenses de santé, s'adapter à l'évolution des mentalités compte tenu de la médiatisation du secteur de la santé et la résolution des problèmes organisationnels et fonctionnels des établissements de santé [1] [2]. Hérité du monde industriel, la qualité a depuis près de 50 ans gagné les secteurs sociaux tels que l'éducation et la santé [2]. Dans le champ de la santé, la gestion de la qualité tant des services que des actes professionnels est devenue un enjeu majeur sur les plans économique, professionnel, sociologique et politique pour tous les systèmes de santé des sociétés industrialisées [2] [3].

Dans les pays d'Afrique, malgré d'importants efforts fournis au cours des 20 dernières années dans l'extension de la couverture de l'offre des soins, les services curatifs restent peu fonctionnels et sous utilisés réduisant la problématique de la qualité des services et soins de santé à l'accessibilité, l'équité et l'efficacité des établissements de santé [1]. Ici la qualité des services et soins est questionnable, la satisfaction des clients est une approche récemment intégrée dans les objectifs des structures de santé [4]. Se référant à l'analyse faite sur le système de santé de la Guinée en 2000 [5], il ressort que ce besoin en qualité des services et soins est pressant. En effet, des efforts ont été menés par différentes structures sanitaires à travers des approches multiples, certes isolées, parfois complémentaires, mais assez souvent redondantes [6]. Ces efforts entrepris sont restés limités à certains sites pilotes avec une faible pérennité [1].

En Guinée par exemple, les expériences relatives à la qualité des services et soins de santé se sont caractérisées par plusieurs approches locales jusqu'en 2002 [5]. Du côté du Maroc [7], cette expérience remonte à 1990 à travers un processus marqué par plusieurs interventions locales, suivies d'une première appropriation nationale en 1996 grâce au projet de Gestion Intégrée de la Qualité (GIQua). Ce processus a été couronné en 2000 par l'élaboration du Plan National d'Assurance Qualité (PNAQ) comme cadre de référence des interventions visant à améliorer la qualité des services et soins de santé. Le Cameroun quant à lui présente dans ce registre des approches verticales d'amélioration de la qualité. On peut citer la stratégie nationale de la sécurité des injections, le contrôle de la qualité des données définies dans le

cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et la stratégie de la sécurité transfusionnelle. Le développement des cercles d'or dans le domaine de la santé de reproduction et l'existence des initiatives de promotion de la qualité au sein de certains districts recevant l'appui de la Coopération Technique Allemande (GTZ) sont restées des initiatives locales.

Nombre de systèmes de santé des pays d'Afrique sont caractérisés par l'absence de stratégies nationales efficaces de management de la qualité des services et soins de santé. Les professionnels et gestionnaires des services de santé dans ce continent appartiennent en majorité à un paradigme où la culture qualité n'est pas encore considérée comme priorité. Ceci se traduit concrètement par la variation du niveau d'implantation de la qualité d'un pays à un autre et d'une région à l'autre dans un même pays. Consciente de ces limites, dans le souci de rendre plus efficaces et compétitifs les établissements de santé, la GTZ a conçu et développé une approche novatrice d'amélioration continue de la qualité: *le concours qualité (CQ) ou Systemic Quality Improvement (SQI)* en anglais. Le *SQI* a déjà été expérimenté en Guinée, au Maroc et au Cameroun avec succès et en voie d'être implanté au Yémen. Au vu des émules qu'il a créé dans ces pays, nous avons jugé utile d'étudier ce mécanisme [8].

L'objectif de ce travail vise à comparer l'utilisation du *SQI* dans les trois pays où il a été implanté, afin de tirer des leçons. Il s'agit spécifiquement de:

- Identifier les similitudes et spécificités du *SQI* dans les trois pays ;
- Ressortir la valeur ajoutée du *SQI* pour chaque pays ;
- Identifier les opportunités et obstacles à l'adoption et à l'implantation du *SQI* dans ces pays.

Dans ce document, le mot *SQI* sera utilisé systématiquement pour désigner le concours qualité, le concept d'amélioration de la qualité étant mieux exprimé dans son appellation anglaise.

## **II. Description de la logique de fonctionnement du SQI [9]**

### **II.1. Qu'est-ce que le SQI ?**

Le SQI a été développé par la GTZ en 2002 en Guinée. Il s'agit d'une approche systémique d'amélioration du management de la qualité des services et soins, spécifiquement conçue pour les systèmes de santé décentralisés. L'approche se focalise sur la qualité du processus à travers une compétition positive et volontaire en quête de l'excellence. Le SQI vise à la fois le développement organisationnel et un meilleur fonctionnement du système pour obtenir une amélioration rapide et économique tout en mettant en valeur au maximum le potentiel interne du système de santé.

### **II.2. Les objectifs du SQI**

Pour le système:

- Développer une compétition positive entre les structures de santé (comparaison des performances des structures, octroi de prix) ;
- Amener les participants à atteindre le même niveau de compréhension des dimensions et aspects de la qualité ;
- Allouer les ressources en fonction de l'amélioration de la qualité : *l'argent suit la qualité* ;
- Attirer des financements pour les structures de santé à travers un meilleur rendement de l'investissement ;
- Permettre au pays d'avoir son propre système de management de la qualité adapté aux défis spécifiques ;

Pour les organisations :

- Améliorer la qualité de la gestion et des soins dans les structures de santé afin d'accroître leur utilisation ;
- Stimuler l'intérêt des structures à connaître et à appliquer les outils et les méthodes du management de la qualité (maîtrise des outils et méthodes de gestion de la qualité, évaluation par les pairs, rétro-information, *benchmarking*) ;
- Redynamiser les outils existants.

Pour les professionnels de santé :

- Inculquer la culture qualité (travail d'équipe, responsabilisation à la base, orientation vers le client) ;
- Améliorer les performances du personnel ;
- Accroître les compétences techniques des professionnels de santé.

Pour la population :

- Impliquer les communautés dans l'analyse et la résolution des problèmes de qualité auprès de leurs structures sanitaires ;
- Augmenter l'appropriation des structures sanitaires par les communautés ;
- Rendre compte de l'utilisation des ressources ;
- Améliorer l'utilisation des structures sanitaires.

Pour les partenaires:

- Favoriser une meilleure coordination basée sur des besoins d'assistance clairs et partagés.

### **II.3. La conception du SQI**

Pendant cette phase, un groupe d'acteurs représentant tous les niveaux du système de façon interactive définissent les dimensions de la qualité pour le pays et le système. Ce processus se fonde sur la politique nationale en matière de santé, des stratégies, des concepts professionnels et de l'expérience du terrain. Les dimensions sont le reflet de la définition opérationnelle de la qualité selon le pays. Le nombre de dimensions devra généralement être compris entre cinq et dix. Toutes les dimensions prises ensemble devraient aider à comprendre la notion de qualité dans sa globalité. Ce processus consiste également à adapter les dimensions classiques de la qualité au contexte national, et si nécessaire, à en définir de nouvelles. Les dimensions sont spécifiques à des types de structures spécifiques avec très peu de différences.

Dans un processus similaire, au cours des ateliers participatifs avec les représentants de tous les niveaux du système, un échantillon d'aspects de la qualité (entre 2 et 8) est formulé pour chaque dimension. Les aspects de la qualité sont formulés sous la forme des phrases,

exprimant les résultats attendus pour chaque type de structure, exemple : *les médicaments et consommables sont disponibles*. La formulation des aspects s'inspire des normes et procédures quand elles existent. Si les acteurs estiment que les normes et procédures sont obsolètes, les attentes sont formulées à partir de l'expérience des pairs, des concepts ou d'un *benchmarking* des autres secteurs ou pays.

Dans le but d'évaluer le degré avec lequel une structure participante répond aux attentes de l'aspect qualité, les questions sont formulées de manière ouverte. Ces questions sont construites conformément au cycle de Deming (planifier-exécuter-évaluer-adapter) comme un modèle simple et général du processus. Quatre différents types de questions sont posés pour évaluer chaque aspect :

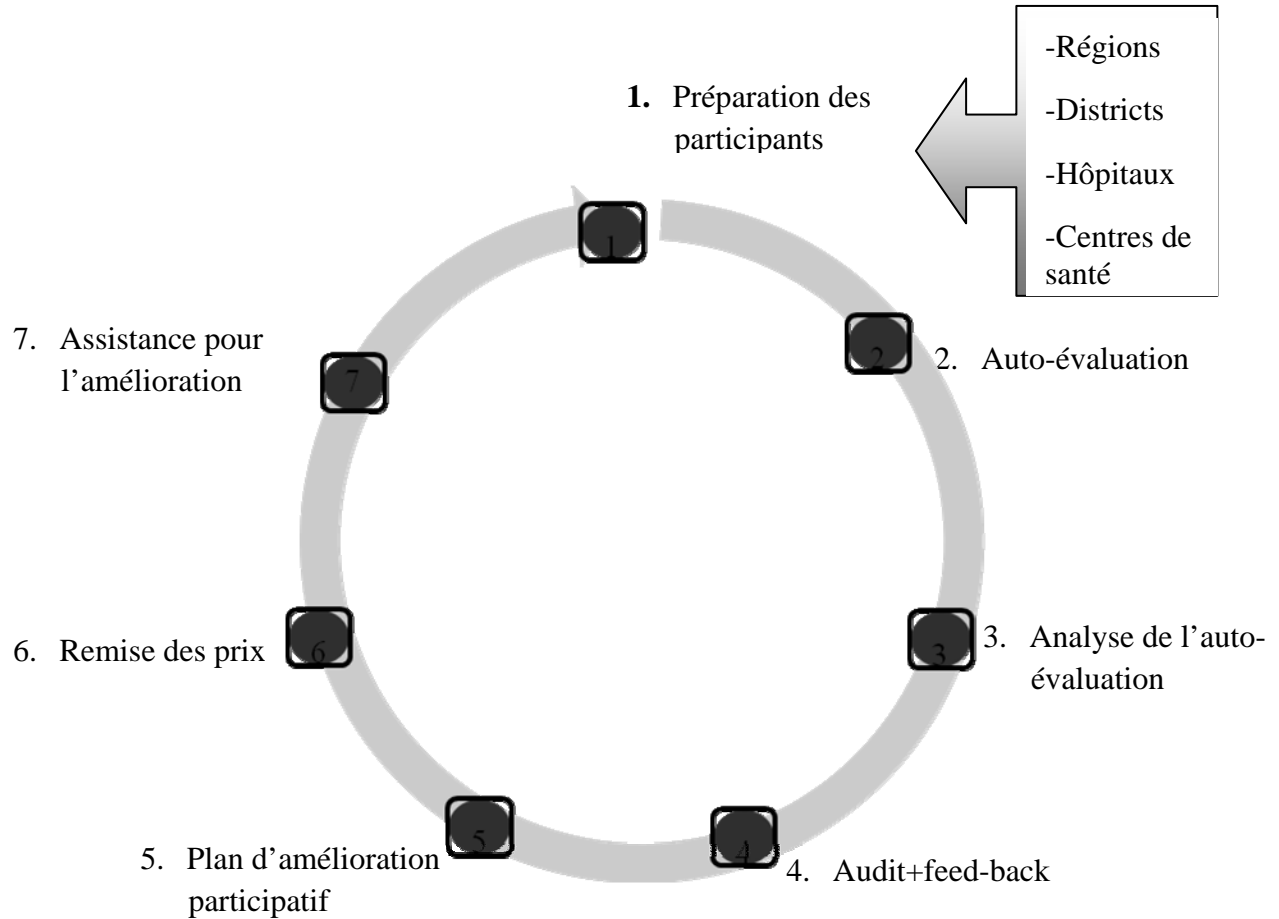
- Qu'est ce que la structure a planifié pour l'aspect ?
- Les activités sont-elles réalisées ou non selon le plan ?
- Comment la structure évalue-t-elle les activités de cet aspect ?
- La structure tire-t-elle des leçons de l'évaluation des activités de cet aspect ?

Utilisant cette structure de dimensions, aspects et questions (planifier-exécuter-évaluer-adapter), la matrice de l'évaluation est alors construite. Ainsi pour chaque structure participante, un guide d'évaluation d'environ 120 questions est élaboré appelé guide d'auto-évaluation.

Parallèlement, un guide de scores est élaboré pour chaque guide d'auto-évaluation. Il servira aux analystes dans la phase d'implantation du processus à évaluer les structures sur la base des guides d'auto-évaluation qu'elles auront préalablement remplis.

## II.4. Le déroulement du SQI

Dans cette sous-section, nous présentons les différentes étapes du déroulement du SQI dans sa forme conceptuelle.



*Figure 1:* Ordre d'évènements au cours du déroulement du SQI

### Légende :

#### **1. La préparation des participants**

Il s'agit d'informer les participants potentiels sur la date, sur les étapes du processus et de leur communiquer les aspects sur lesquels ils seront évalués.

## **2. L'auto évaluation**

Les questionnaires d'auto évaluation sont remis aux structures participantes. Pendant environ un mois les structures répondent aux questions ouvertes. L'intérêt de cette étape réside dans le fait que tout le staff de la structure est mis en situation de questionnement avec la stimulation de l'activité collective et de prise de décisions collégiales. Tout le monde se trouve impliqué dans cette phase. Ceci fait que le *SQI* encourage la naissance du travail d'équipe avec l'espoir de sa pérennisation.

## **3. L'analyse de l'auto-évaluation**

Les questionnaires remplis sont ensuite renvoyés au Comité Technique du *SQI*. Une équipe d'analystes se réunit pendant environ un mois pour analyser tous les questionnaires et attribuer un score (0-4) à chaque réponse.

## **4. L'audit + *feedback***

Pendant un mois des équipes d'audit visitent toutes les structures pendant une journée chacune. Pendant cette journée, les questions clés du questionnaire sont vérifiées avec l'équipe de la structure et les représentants de la communauté sur place pour obtenir un score corrigé. Après vérification des questions, le staff de la structure auditée et les auditeurs s'accordent sur les forces et faiblesses de la structure.

## **5. Le plan d'amélioration**

L'après midi de l'audit est utilisé pour identifier en plénière et d'une façon consensuelle les forces et faiblesses principales de la structure. Puis, l'équipe procède à une planification pour l'amélioration de la qualité. Ce plan précise les responsabilités et contributions de la structure elle-même, de la structure de tutelle, de la communauté, des autorités locales et des partenaires au développement actives dans la localité. Ce plan sera intégré dans le plan annuel de la structure.

## **6. Le classement et la remise des prix**

Une fois l'audit de l'ensemble des structures est terminé, et sur la base des scores corrigés de toutes ces structures, le Comité Technique génère un classement des structures. Ce classement et les résultats détaillés sont publiés. Les meilleures structures obtiennent un prix qui est remis solennellement.

## **7. La mise en œuvre du plan d'amélioration**

Au cours de l'intervalle entre deux *SQI* (en général 1 an), les responsables de chaque structure veillent à mettre en œuvre les activités d'amélioration programmées. En fonction des responsabilités précisées dans le plan, des mécanismes d'appui (formation, *benchmarking* et petits investissements) sont mis en place par les niveaux concernés (ministère, directions régionales, districts de santé, hôpitaux, centres de santé, partenaires locaux, etc.) pour appuyer la mise en place de ces activités.

## **Prochain Concours**

Si la structure se présente au prochain *SQI*, elle sera évaluée aussi par rapport au progrès qu'elle a fait dans ses domaines de faiblesses.

## **III. Modèle théorique de comparaison du *SQI***

Le modèle théorique que nous avons utilisé pour procéder à la comparaison du *SQI* dans ce travail est celui décrit par Kieran Walshe en 2007 [10] présenté dans le tableau I. Il prend en considération quatre éléments: le contexte dans lequel le mécanisme a été implanté, l'analyse du contenu du mécanisme, l'application et les effets produits du fait de l'introduction du mécanisme.

**Tableau I** : Variance de contexte, contenu, application et effets des interventions

	<b>Faible variance (Homogénéité)</b>	<b>Grande variance (Hétérogénéité)</b>
<b>Contexte-</b> Situation ou organisation dans laquelle l'intervention est implantée	Tous les contextes sont les mêmes ou similaires- Par exemple le fonctionnement du corps humain et sa réponse physiologique aux maladies suivent un déterminisme qui peut être présumé invariable entre populations étudiées ou dans le temps.	Le contexte varie- Par exemple des différences significatives existent entre organisations ou communautés, entre cultures sociales, ou entre l'offre du système des soins et les mécanismes de leur délivrance.
<b>Contenu-</b> Nature ou caractéristiques de l'intervention	Le contenu est clairement spécifié et standardisé et fortement reproductible- Par exemple la délivrance des produits pharmaceutiques.	Le contenu varie- Par exemple, une intervention peut être conçue pour un individu ou une organisation, ou modifiée pour être compatible avec l'organisation ou avec d'autres caractéristiques ou remodelée et modifiée pendant son utilisation.
<b>Application-</b> Processus à travers lequel l'intervention est délivrée	Le processus de mise en œuvre est le même- Par exemple les régimes de protocole thérapeutique dans certaines conditions.	Le processus de mise en œuvre varie- Dépendamment de l'organisme et de l'expérience des personnes concernées de la réponse ou comportement du récepteur ou des autres acteurs.
<b>Effets-</b> Résultats de l'intervention	Il y a un résultat unique et clairement mesurable- Comme une fonction physiologique ou la survie pour une période de temps donnée.	Il y a une multitude de résultats qui ne sont pas directement mesurables, quantifiables et dont l'agrégation n'est pas possible- C'est l'exemple du renforcement des compétences, des changements de comportement chez un individu et du niveau organisationnel.

## **IV. Méthodologie**

### **IV.1. Approche et type d'étude**

Nous avons utilisé l'approche qualitative et un devis descriptif pour la réalisation de cette étude.

### **IV.2. Lieu et période de l'étude**

Cette étude a porté sur trois pays d'Afrique ayant déjà implanté le *SQI*. Ce sont: la Guinée, le Maroc et le Cameroun. Elle a duré quatre mois ; de janvier à avril 2008.

### **IV.3. Population cible de l'étude**

La population cible est composée des structures déconcentrées des ministères en charge de la santé de ces trois pays.

### **IV.4. Données collectées**

Nous avons collecté pour chaque pays les données suivantes:

- Les éléments contextuels avant l'implantation du *SQI* ;
- La forme d'application du *SQI* ;
- Les différents éléments du contenu du *SQI* ;
- Les effets observés après l'introduction du *SQI* dans le système de santé ;
- Les conditions favorables et/ou défavorables à l'implantation du *SQI*.

### **IV.5. Méthodes de collecte des données**

#### **a) Sources des données**

Nous avons collecté les données à partir de trois sources: l'analyse documentaire, des entretiens semi-structurés et l'observation.

Les entretiens ont été adressés aux acteurs ayant intervenu dans le processus de conception et d'implantation du *SQI* dans chacun des trois contextes:

- Les gestionnaires du projet que sont les personnes faisant partie de l'organe gestionnaire du *SQI*;
- Les bailleurs de fonds ; notamment les responsables du pôle qualité de la GTZ.

L'analyse documentaire quant à elle a porté sur:

- Les textes administratifs signés par les Ministres en charge de la Santé;
- Les portefeuilles et guides élaborés par les pays pour l'implantation du *SQI* ;
- Les rapports des réunions des organes gestionnaires du *SQI* de chaque pays ;
- Les rapports généraux des première et dernière éditions du *SQI* en Guinée et du premier *SQI* au Maroc ;
- Les rapports des ateliers de définition et choix des dimensions et aspects du *SQI* de chaque pays ;
- Le rapport de la mission d'étude et d'imprégnation de l'équipe camerounaise à la phase d'audits du *SQI* édition 2007 au Maroc ;
- Le rapport de mission du projet qualité dans la région du golfe de Guinée ;
- Les discours officiels prononcés par les Ministres en charge de la santé de chaque pays au cours des cérémonies de lancement ou de remise des prix du *SQI* ;
- Les sites web de l'OMS <http://www.who.int/countries/fr/> et du Ministère de la Santé (MS) du Maroc <http://www.sante.gov.ma/Departements/dhsa/dhsa.htm>. La dernière consultation de ces sites a eu lieu le, 03 juin 2008 à 12 heures 58 minutes.

L'observation participante du processus :

En effet nous avons participé en tant qu'observateur au Cameroun à:

- La cérémonie de lancement du *SQI* le, 09 août 2007 au Palais des congrès de Yaoundé présidée par Monsieur le Ministre de la Santé Publique;
- Une séance de travail de la cellule technique du *SQI*, dans le cadre de l'élaboration du canevas du Plan de Développement Sanitaire des Districts de Santé (PDS), qui s'est tenue le vendredi, 18 janvier 2008 à Yaoundé dans les locaux qui abritent cette structure ;
- Une réunion portant sur la restitution de la première phase d'audits faite par les auditeurs-planificateurs et les orientations de la cellule technique du *SQI* sur la phase

d'audits des districts de santé de la province du Centre. Cette réunion s'était tenue le lundi, 03 mars 2008 à Yaoundé; la veille du démarrage des activités d'audits dans les districts de santé de ladite province.

- L'audit-planification dans les districts de santé de Biyem-Assi et N'kolndongo respectivement du 04 au 09 mars et du 10 au 15 mars 2008 ;

Au Maroc, nous avons participé en tant qu'observateur au premier forum international du *SQI* tenu à Casablanca du 28 au 30 mai 2008. Ce forum relatif au partage d'expériences entre la Guinée, le Maroc et le Cameroun et à la création d'un réseau d'experts sur le *SQI* a réuni 37 participants (appartenant en majorité à la cellule technique du *SQI* de chaque pays) et a bénéficié de l'encadrement d'un panel d'experts externes (universitaires et organisations internationales) du domaine de la qualité.

### **b) Instruments de collecte des données**

Nous avons utilisé trois instruments (*cf. annexes 1*) pour la collecte des données:

- Un guide d'entretien ;
- Une fiche d'exploitation des documents ;
- Une grille d'observation.

Nous avons utilisé des mots clés pour la consultation des sites web comme :

- Maroc, Guinée et Cameroun pour le site de l'OMS ;
- Concours qualité et Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) pour le site du MS du Maroc.

Toutes ces données ont été collectées par nous-mêmes.

Le tableau II ci-dessous donne la répartition de toutes les personnes que nous avons interrogées lors des entrevues semi-structurées en face à face durant l'étude.

**Tableau II:** Répartition des personnes interrogées lors des entretiens semi-structurés en face à face durant l'étude.

<b>Pays</b>	<b>Fonctions</b>	<b>Nombre d'entrevues</b>
<b>Guinée</b>	Gestionnaire	5
	Bailleur de fonds	2
<b>Maroc</b>	Gestionnaire	4
	Bailleur de fonds	2
<b>Cameroun</b>	Gestionnaire	5
	Bailleur de fonds	2
<b>Total :</b>		<b>20</b>

#### **IV.6. Analyse des données**

Nous avons analysé les données collectées au cours de ce travail suivant le modèle par appariement [11], qui s'appuie sur la configuration d'une considération théorique prédite représentée ici par le portefeuilles du *SQI* tel qu'il a été conçu par ses auteurs et décrit plus haut avec une configuration empirique observée à travers les expériences de son implantation en Guinée, au Maroc et au Cameroun. Le mode transversal [12] qui visait à vérifier la réplique ou non des résultats du mécanisme dans les trois pays étudiés a été utilisé en complément du modèle par appariement.

#### **IV.7. Considérations éthiques**

L'étude commence véritablement par la formulation du sujet qui a été soumis à l'appréciation du comité de mémoire de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) en début décembre 2007. Après la validation du sujet par le comité de mémoire et désignation de l'encadrant, nous avons rédigé une lettre d'intention, suivie de la production du protocole de recherche qui a aussi été validé par le comité de mémoire de l'INAS en fin mars 2008. Sur la base de la lettre d'intention du mémoire, nous avons demandé une autorisation verbale auprès de la cellule technique du *SQI* du Maroc le 27 décembre 2007 pour nous permettre d'accéder

aux données dont nous avons besoin. Au Cameroun, nous avons été introduits auprès de la cellule technique du *SQI* par l'un de ses membres au cours d'une réunion pendant laquelle nous leur avons présenté le projet de recherche. Quitus nous a été donné d'avoir accès à toutes les sources d'informations nécessaires au Maroc et au Cameroun. En Guinée par contre, l'essentiel des données nous ont été fournies par deux personnes ressources appartenant au système de santé que nous avons rencontré au Cameroun en août 2007. Elles étaient chargées d'accompagner le Cameroun dans le processus de conception et de mise en œuvre du *SQI*. Ces personnes ont été impliquées dans le processus depuis la conception du projet en 2002 en Guinée jusqu'à ce jour. Pour participer au forum de Casablanca, nous avons également demandé une autorisation au près de la GTZ du Maroc à qui l'organisation avait été confiée. Le consentement de toute personne ayant participé à l'étude a été recueilli verbalement au préalable et nous lui avons garanti le caractère confidentiel dans le traitement des données collectées.

## **V. Résultats**

Les résultats sont présentés sous la forme de texte et tableaux. Ils sont comparés pour les trois pays. Ils comprennent cinq sous-sections: le contexte, le contenu, l'application, les effets et les facteurs ayant eu une influence sur l'adoption et l'implantation du *SQI* dans les trois pays étudiés.

### **V.1. Une hétérogénéité contextuelle**

Les trois pays étudiés sont certes tous d'Afrique, mais ils appartiennent à des regroupements géopolitiques différents: Afrique de l'Ouest pour la Guinée, Afrique du Nord pour le Maroc et Afrique Centrale pour le Cameroun. De même dans la classification de l'OMS, le Maroc appartient à la région EMRO et les deux autres font partie de la région AFRO. La situation politico-sociale est stable au Cameroun et au Maroc, pendant qu'elle a été marquée en 2002 par une période d'instabilité électorale et de déstabilisation sociale liée aux crises régionales voisines. Si l'environnement économique est favorable au Maroc et au Cameroun au moment où ils adoptent le *SQI*, en Guinée il a été dégradé du fait des conflits armés.

### **V.1.1. La Guinée : Un contexte marqué par un système de santé dégradé**

En février 2000, la revue interne du système de santé faite à Dalaba a identifié des dysfonctionnements des établissements de santé selon la perception des différents acteurs :

Pour les bénéficiaires des services et soins de santé il s'agissait :

- Du mauvais accueil ;
- De la sur tarification ;
- Des conditions d'hygiène défectueuses ;
- De la limitation des gammes de médicaments ;
- De la mauvaise organisation de la filière de soins ;
- Du déficit de communication entre agents et patients ;
- De l'incompétence de certains agents.

Pour les prestataires des services et soins, il s'est agit :

- De la non participation à la prise de décision ;
- De la prime fixe allouée qui était non motivante ;
- Des possibilités d'apprentissage et d'avancement très réduites ;
- De l'absence de l'esprit de travail en équipe ;
- Des supervisions non formatives revêtant le caractère de contrôle ;
- Des conditions de travail non satisfaisantes ;
- De la gestion non transparente des recettes.

Pour l'administration, il y avait :

- Le non respect des directives édictées par le niveau central ;
- L'insuffisance des ressources financières allouées aux structures ;
- L'insuffisance de compétence de certains agents ;
- L'emploi peu efficient des ressources mis à disposition ;
- La manipulation des résultats du monitoring.

En plus, la situation de la Guinée en 2002 avait été marquée par un afflux des réfugiés sierra léonais et libériens. Sur le plan sanitaire, la plupart de ces réfugiés ont bénéficié des soins de qualité et gratuits dans des centres de santé. Ces centres de santé ont été construits à l'intérieur des camps des réfugiés par des Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales et

internationales sous l'égide du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR). Ceci a contribué à accroître les dysfonctionnements à travers l'iniquité dans la répartition et l'offre des soins, créant une dualité du système de santé guinéen.

Face à cette situation, le Gouvernement Guinéen soutenu par la GTZ a élaboré le Programme Santé et lutte contre le Sida (PSS/GTZ) dont l'objectif était d'amener le système de santé à contribuer plus efficacement à l'approvisionnement de la population en services sociaux de base. La structure de l'intervention était axée autour de cinq volets parmi les quels, les volets management et qualité. Les activités du volet qualité ont été orientées vers la mise en place d'un système d'amélioration de la qualité de services et soins. Les composantes qualité et management étant transversales, elles devraient conjuguer leurs efforts pour utiliser la démarche qualité afin de mesurer le niveau des prestations des services et soins réalisées dans les structures de santé de la zone d'intervention du PSS.

#### **V.1.2. Le Maroc : Un système de santé en pleines réformes avec à son actif 15 ans d'expérience en démarche qualité**

Au moment où le Maroc adopte en décembre 2004 le *SQI* comme l'une des approches d'amélioration continue de la qualité, il a à son actif une expérience en démarche qualité de 15 ans. En effet, le Maroc a commencé depuis les années 90 par des initiatives locales d'amélioration de la qualité des soins dans certains laboratoires et hôpitaux, mais ces initiatives étaient éparpillées, sans impact et n'étaient pas soutenues par le niveau central. En 2007, la vision du ministère de la santé en matière de qualité se base 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 sécurité des soins et les vigilances sanitaires 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 qui jusqu'à cette date était assurée par les approches suivantes :
  - ⇒ La résolution des problèmes ;
  - ⇒ La promotion des bonnes pratiques professionnelles (audit clinique, et le contrôle de qualité).

Le *SQI* intervient également pendant que le système de santé est entrain 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-Alhocima.
- 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.

Sur le plan sanitaire, le Maroc traverse une double transition épidémiologique et démographique. La transition épidémiologique est marquée par un triple fardeau : la persistance des maladies transmissibles (33,4% de la CMG), l'émergence des maladies non

transmissibles (55,8% de la CMG) ainsi que les traumatismes et accidents de la voie publique (10,8% de la CMG).

### **V.1.3. Le Cameroun : Arrimer la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

Le Gouvernement camerounais s'est engagé avec ses partenaires à mettre en œuvre sa politique de santé à travers une approche sectorielle<sup>1</sup> depuis 2005, dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'amélioration de l'efficacité de l'Aide au Développement. En effet, la SSS est un ensemble de programmes adoptés par le gouvernement camerounais en 2001 pour la période 2001-2010 à l'issue d'un processus fortement participatif associant les différents intervenants du secteur à savoir : les partenaires, les ministères apparentés, la société civile et les différents corps professionnels de la santé ainsi que les sous-secteurs de la santé (privés à but lucratif et non lucratif, les tradipraticiens). En 2006, la SSS se trouve à mi-parcours dans sa mise en œuvre et le contexte socio sanitaire a évolué. Par ailleurs le Gouvernement, dans le cadre de la révision de son document stratégique de réduction de la pauvreté, a décidé de mettre en exergue sa stratégie d'accélération de l'atteinte des OMD. C'est dans ce contexte qu'intervient l'évaluation de la SSS de commun accord entre le Ministère de la santé Publique (MSP) et les partenaires pour le développement. L'objectif était de mesurer les performances réalisées dans sa mise en œuvre entre 2001 et 2006. Aussi, a-t-il été convenu en fonction des résultats de l'évaluation, d'actualiser la SSS et de la porter à l'horizon 2015, en conformité avec les OMD.

En dépit de la validation du canevas national de planification sanitaire en janvier 2006, des faiblesses ont été identifiées en janvier 2007 sur le processus de planification :

- La non standardisation de l'analyse de situation ;
- L'absence des directives nationales de planification.

---

<sup>1</sup> L'approche sectorielle du secteur de la santé du Cameroun se caractérise par :

- L'adhésion de tous les acteurs (Gouvernement et partenaires techniques et financiers) à une stratégie sectorielle commune (alignement);
- L'existence d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) en relation avec la stratégie sectorielle;
- La mise en œuvre des activités d'une façon conjointe;
- L'utilisation des procédures et mécanismes de financement harmonisés fixés dans un mémorandum d'entente (Fonds commun, Appui budgétaire);
- Des mécanismes de coordination communs.

Le besoin d'acquérir un outil d'harmonisation de l'analyse situationnelle par niveau des structures sanitaires répondant aux exigences de l'approche sectorielle était devenu pressant de même qu'un processus devant conduire le Cameroun à l'élaboration des directives nationales en matière de planification sanitaire.

#### **V.1.4. La situation sanitaire de la Guinée, du Maroc et du Cameroun avant l'adoption du SQI**

**Tableau III** : Comparaison des indicateurs sanitaires de la Guinée, du Maroc et du Cameroun des années avant l'adoption du *SQI*

<b>Indicateurs sanitaires</b>	<b>Guinée (année)</b>	<b>Maroc (année)</b>	<b>Cameroun (année)</b>
1. Population totale (000 habitants)	8 359 (2002)	31 020 (2004)	16 322 (2005)
2. Indice synthétique de fécondité (enfants/femme)	5,9 (2002)	3,4 (2004)	4,5 (2005)
3. Espérance de vie à la naissance (ans)	52,5 (2002)	73 (2004)	50 (2005)
4. Dépenses globales de santé (% PIB)	3,5 (2001)	5,1 (2003)	5,2 (2005)
5. Dépenses de santé financées par les ressources extérieures (% DGS)	20,5 (2001)	6 (2003)	28 (2004)
6. Total des dépenses de santé par habitant (dollars international)	61 (2001)	218 (2003)	82,7 (2004)
7. Taux de mortalité infantile (pour 100 000 naissances vivantes)	94 (2001)	32 (2004)	87 (2005)
8. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	740 (2000)	227 (2004)	730 (2000)
9. Prévalence VIH de la population de 15 ans et plus (%)	2,5 (2001)	17 000 <sup>2</sup> (2003)	5,5 (2005)
10. Prévalence de la tuberculose dans la population générale (pour 100 000 habitants)	344 (2001)	79 (2006)	206,4 (2005)
11. Incidence de la tuberculose dans la population générale (pour 100 000 habitants)	Non déterminée	93 (2006)	174,3 (2005)
12. Couverture vaccinale au vaccin anti rougeoleux des enfants de moins de un an (%)	52 (2001)	90 (2003)	68 (2005)

<sup>2</sup> Nombre de cas cumulés des personnes vivant avec le VIH/SIDA depuis la découverte du virus en 1982

## V.2. Le SQI: Un contenu qui est le reflet des priorités stratégiques de chaque pays

### V.2.1. Les objectifs du SQI en Guinée, au Maroc et au Cameroun

**Tableau IV** : Les objectifs du SQI en Guinée, au Maroc et au Cameroun

PAYS	GUINEE (2003)	MAROC (2007)	CAMEROUN (2007)
<b>Objectifs</b>	<p>1. Améliorer la qualité des services et soins de santé ;</p> <p>2. Accroître l'utilisation des structures de santé du secteur public.</p>	<p>1. Améliorer l'image des structures de santé et leur crédibilité pour les rendre acceptables par la population;</p> <p>2. Développer une compétition positive entre les structures de santé en rendant visible les performances des services ;</p> <p>3. Instaurer une culture de reconnaissance du mérite en valorisant les efforts des équipes;</p> <p>4. Initier la culture d'évaluation et de remise en question des pratiques à travers l'introduction de l'auto-évaluation, l'évaluation par les pairs, le <i>feedback</i>,... ;</p> <p>5. Préparer les structures à une éventuelle accréditation</p>	<p>1. Contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services et soins de santé ;</p> <p>2. Contribuer à l'accélération de l'élaboration des PDSD ;</p>

## **V.2.2. Un ensemble de dimensions théoriques et empiriques de la qualité pour la Guinée**

### **a) L'identification, la définition et le choix des dimensions de la qualité**

Le contenu du *SQI* a été adapté des résultats de l'analyse interne du système de santé national faite à Dalaba en février 2000. Au cours de cette revue, la qualité des services et soins a été définie comme une priorité du MSP et inscrite en 2001 comme axe stratégique d'amélioration de l'utilisation des structures de santé dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). C'est dans l'optique d'améliorer la satisfaction des clients internes et externes que le MSP, avec l'appui de la GTZ, a initié dans la zone d'intervention du PSS/GTZ le *SQI* avec des objectifs spécifiques (cf. *Tableau IV*). Dans son fondement, le *SQI* s'est inspiré des grands courants du management de la qualité (TQM, EFQM et KTQ) desquels trois dimensions ont été empruntées:

- La compétence technique ;
- La satisfaction du client ;
- L'amélioration continue.

Par rapport aux spécificités du système de santé guinéen ; pays en développement, trois autres dimensions ont été définies:

- La cogestion/participation communautaire<sup>3</sup>;
- La fonctionnalité du district sanitaire<sup>4</sup> ;
- Le comportement économique<sup>5</sup>.

L'élaboration des guides d'auto-évaluation a intégré ces six dimensions à évaluer. Chaque dimension a été déclinée en un maximum de cinq aspects puis en résultats attendus par type de structure depuis la première édition du *SQI* en 2003 (cf. *annexes 2*).

Le nombre de résultats attendus pour évaluer les structures participantes était de 59 pour les centres de santé, 80 pour les hôpitaux, 46 pour les directions préfectorales et 50 pour les directions régionales<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> La cogestion/la participation communautaire sous entendent la collaboration étroite entre les prestataires et les communautés dans la gestion des structures de santé.

<sup>4</sup> La fonctionnalité du district sanitaire prend en compte la coordination, la continuité des soins et des services, la définition claire des canaux de communication, les références et contre références, les supervisions, le monitoring, etc.

<sup>5</sup> Le comportement économique met l'accent sur l'utilisation rationnelle des ressources (efficacité, efficience).

## **b) Le déroulement du SQI**

Il respecte la spirale classique du *SQI* décrite plus haut. Des spécificités apparaissent à chacune des sept étapes.

Pendant la phase préparatoire, toutes les structures de la zone du concours bénéficient de la sensibilisation même celles qui ne sont pas candidates. Cette phase reçoit l'appui des personnes ressources de l'approche *Client-Oriented, Provider-Efficient (COPE)* et des équipes de supervision. Les personnes ressources sont issues des services de santé et de la communauté.

Pendant la phase de l'auto-évaluation, les structures participantes dans une approche participative de toute l'équipe se servent des résultats de résolution des problèmes avec *COPE*; des données de monitoring, de l'assistance par supervision facilitante et des guides d'auto évaluation *COPE* basés sur les normes et protocoles pour répondre aux questions de l'auto-évaluation.

L'audit quant à lui procède à la vérification sur site en présence de tous les acteurs locaux de la structure auditée de la fiabilité des données y compris celles du monitoring : il s'agit du contre monitoring. Il intègre les personnes ressources *COPE* et certains profils de la faculté de médecine de Conakry dans ses équipes. Les compétences *COPE* et la supervision facilitante renforcent la qualité des audits.

L'analyse en marge de l'attribution d'un score variant entre zéro et quatre pour chaque réponse apportée par la structure aux questions posées, fait un rapprochement des résultats des guides d'auto-évaluation du *SQI* et ceux du monitoring à la recherche de concordance et/ou discordance. Elle est réalisée par une équipe composée des représentants des mutuelles de santé, des représentants des Comités de Gestion (COGES) et des professionnels de santé des niveaux central et déconcentré. Le premier jour, l'analyse de certains guides se fait en plénière. A partir du deuxième jour, l'analyse se poursuit par binôme ou trinôme avec possibilité de recours en plénière si certaines questions portent à confusion. C'est aussi au cours de la phase d'analyse que sont sélectionnées les questions d'audits.

---

<sup>6</sup> La direction préfectorale est l'équivalent de district de santé au Cameroun et délégation provinciale au Maroc alors que la direction régionale est l'équivalent de délégation provinciale au Cameroun et de direction régionale au Maroc.

L'assistance à l'amélioration concerne toutes les structures ayant participé au concours même celles qui n'ont pas été primées. Il s'agit d'un appui technique ou financier. Le plan d'amélioration issu du processus *SQI* s'intègre dans le plan d'action opérationnel de la structure avec les conclusions de toutes les autres approches d'amélioration de la qualité existantes (*COPE*, Supervision, Monitorage et *SQI*). Les équipes qualité de tous les niveaux déconcentrés du MSP sont chargées du suivi des plans d'action opérationnel; les compétences en recherche action sont employées comme outil de résolution de problèmes et l'appui aux activités d'amélioration se fait par supervision facilitante.

Les structures classées parmi les meilleures reçoivent des prix essentiellement pécuniaires avec un certificat de participation. La gestion des prix reste à la stricte discrétion de la structure bénéficiaire.

L'auto-évaluation, l'audit et l'analyse portent sur les performances et efforts d'amélioration de chaque structure s'étant engagée dans le processus du *SQI*.

### **c) Evolution du *SQI* depuis 2003.**

Rendu à la quatrième édition en 2007, le contenu du *SQI* a évolué. Ainsi, la taille des guides d'auto évaluation a été revue à la baisse pour les anciennes structures. Par contre pour les nouvelles structures comme les hôpitaux nationaux et les services de la pharmacie centrale de la Guinée, le nombre de questions retenues est resté élevé en vue d'un premier test lors de la session de 2007. De nouvelles questions d'intérêt ont été formulées pour prendre en compte les thèmes prioritaires (VIH/SIDA, Santé de la Reproduction, PCIME, Participation Communautaire et Maintenance). Il y a depuis la session *SQI* 2007, une augmentation du nombre de questions auditées avec en perspective l'évolution vers l'audit de toutes les questions de l'auto-évaluation. Depuis 2005, les recommandations issues des travaux de recherche action ont permises l'organisation du *SQI* tous les deux ans. La même année, le *SQI* a bénéficié d'une évaluation externe par l'OMS à travers le CESAG et l'Institut de Bale.

### **V.2.3.: Le SQI vu comme mécanisme de passage à échelle des réformes et de préparation des structures de santé à l'accréditation au Maroc**

Il faut préciser ici que le Maroc pour la mise en œuvre de sa première édition du *SQI* a bénéficié des quatre années d'expérience que capitalisait déjà la Guinée grâce à un *benchmarking* et un accompagnement de la part de la Guinée. La spécificité qui apparaît ici, c'est que le Maroc s'est accordé pratiquement deux ans après l'adoption du *SQI* ; de janvier 2005 à décembre 2006 pour adapter les outils d'évaluation (définition des dimensions et aspects de la qualité, guides d'auto-évaluation, guides de scores), le test de ces outils élaborés, la conception d'une base de saisie et de traitement des données et la formation des analystes et auditeurs.

#### **a) L'identification, la définition et le choix des dimensions de la qualité**

Une série de deux ateliers ont aboutis à la définition, l'identification et la sélection des dimensions et aspects devant servir de critères d'évaluation des structures en compétition. Le premier atelier s'était tenu à Casablanca, les 25 et 26 janvier 2005, réunissant des personnes ressources des niveaux central et périphérique dont le mandat était l'élaboration du document cadre du projet *SQI*.

Les résultats de ces travaux avaient été validés par le Comité Directeur. Ce dernier avait ensuite mandaté la cellule technique pour la production des outils et instruments. Ainsi, au cours du second atelier organisé à Rabat, qui avait duré une semaine du 2 au 6 mai 2005, les dimensions et aspects de la qualité avaient été définis, identifiés et sélectionnés. Les principes qui avaient guidé les travaux de cet atelier étaient :

- Le respect de l'approche participative,
- Le respect des orientations politiques et stratégiques du MS,
- Les chantiers de réforme du département ;
- Les principes de la bonne gouvernance et de l'implication de la communauté ;
- Les besoins des clients et partenaires techniques et financiers.

Pour chaque type de structure : Hôpital, Centre de santé et Délégation, des dimensions et aspects ont été formulés. Certaines dimensions sont communes aux trois types de structures telles que la satisfaction, l'éthique, l'efficacité et l'optimisation des ressources et d'autres

spécifiques aux structures : la fonctionnalité du Centre de Santé, le management hospitalier, et le leadership et le partenariat pour la délégation par exemple. Mais la complémentarité entre les différentes dimensions des trois niveaux permet l'aspiration à un état d'excellence vers lequel tendrait le système en entier. Cet atelier qui a réuni les représentants de chaque type de structure de santé et les membres de la cellule technique, s'était réalisé sous l'encadrement d'un consultant de la GTZ et de deux consultants de la Guinée. A l'issue de cet atelier où le consensus des participants était fondamental, neuf dimensions ont été retenues pour évaluer les structures participantes au *SQI* (cf. *tableau V*). Les résultats attendus dans les guides d'auto-évaluation étaient au nombre de 102 pour les centre de santé, 133 pour les hôpitaux et 86 pour les délégations provinciales<sup>7</sup> (cf. *annexes 2*).

**Tableau V** : Dimensions de la qualité identifiées pour évaluer les structures sanitaires selon leur type au Maroc avec l'approche *SQI* édition 2007

<b>Dimensions</b>	<b>Centre de santé</b>	<b>Hôpital</b>	<b>Délégation</b>
Satisfaction du client	x	x	x
Ethique		x	x
Accessibilité/Disponibilité/Continuité	x	x	x
Rationalisation des ressources	x	x	x
Sécurité/Réactivité	x	x	x
Leadership/partenariat	x	x	x
Amélioration continue	x	x	
Compétences techniques	x	x	
Fonctionnalité	x		

## **b) Le déroulement du *SQI***

La première session *SQI* 2007 s'est déroulée conformément au cycle théorique. La phase préparatoire s'est caractérisée par l'organisation des meetings régionaux pour informer les équipes des provinces et préfectures sur le *SQI*, ses objectifs, ses principes de base, les dimensions et aspects sur lesquels elles seront évaluées et les modalités de participation. Un

<sup>7</sup> La délégation provinciale de santé du Maroc est l'équivalent du district de santé au Cameroun et de la préfecture sanitaire en Guinée.

appel à candidature a été lancé sur la base du volontariat. Parallèlement, les structures régionales et provinciales ont organisées à leur niveau des réunions de sensibilisation et d'information au profit de leur personnel et un choix consensuel des structures devant participer au *SQI* a ainsi été fait.

L'auto-évaluation s'est faite au niveau de chaque structure participante. Elle a duré un mois et a consisté à répondre aux questions par le biais des réunions d'équipe de travail.

L'analyse de l'auto-évaluation avec attribution des scores suivant le même principe qu'en Guinée a été réalisée pendant une semaine par des binômes préalablement formés (sept binômes d'analystes pour les hôpitaux, 11 binômes pour les centres de santé et sept binômes pour les délégations). Il n'y a pas eu comme en Guinée une séance d'analyse d'initiation en plénière de quelques guides d'auto-évaluation au début de cette étape.

L'audit a duré cinq semaines. Elle a porté sur une trentaine de questions choisies de manière à représenter l'ensemble des dimensions et aspects tout en prenant en compte les recommandations des analystes et a été effectué par 26 binômes. Pour chaque structure la séance d'audit a duré une journée aboutissant sur la base des faiblesses identifiées à l'élaboration d'un plan d'amélioration. Précisons que le Maroc a intégré dans ses équipes d'audit les membres de la délégation camerounaise venus dans le but de se familiariser à l'utilisation de l'outil. Cette délégation avait aussi participé à la formation des analystes et auditeurs organisée six mois plutôt.

La saisie des scores de l'analyse et de l'audit a duré environ un mois. Chaque questionnaire a été codifié avant la saisie. Ce code représente la seule identité des guides d'auto évaluation, qui sont restés anonymes pendant la phase d'attribution des scores d'analyse ainsi que lors de la saisie et de l'analyse des données.

La mise en œuvre des plans d'amélioration a été intégrée dans les plans d'action des structures et budget-programme des régions. Elle a aussi bénéficiée de l'appui de l'administration centrale à travers :

- La formation sur des thématiques prioritaires identifiées comme faiblesses par le *SQI* : sécurité et vigilance, fonctionnalité du centre de santé, modernisation du bureau d'admission et de facturation ;

- La promotion de *benchmarking* par type de structure: les meilleures structures ayant été identifiées comme site de *benchmarking*. La délégation d'Agadir Ida Outanane avec ses performances supérieures à 80% pour l'ensemble des étapes du cycle de Deming a été choisi comme site privilégié de *benchmarking* pour les autres délégations ;
- La mise à disposition des guides et supports de gestion (des déchets, de la pharmacie, des centres de santé, ...).

Comme en Guinée, l'auto-évaluation, l'audit et l'analyse ont porté sur la performance de chaque structure s'étant engagée dans le processus du *SQI*.

Les structures gagnantes ont reçues des certificats et trophées à l'occasion d'une cérémonie médiatisée et présidée par monsieur le Ministre de la Santé. Les responsables de ces structures ont bénéficié de la participation à certaines rencontres internationales sur la qualité.

#### **V.2.4. Des dimensions et aspects de la qualité déclinés de la stratégie sectorielle de la santé révisée pour le cas du Cameroun**

Le Cameroun de son côté a procédé à l'implantation du *SQI* à partir de septembre 2007, un an après son adoption. Ainsi deux missions correspondant aux phases de formation des analystes/auditeurs et d'audits des structures de santé respectivement du 07 au 15 janvier 2007 et du 1<sup>er</sup> au 11 mai 2007, ont été effectuées par une équipe camerounaise au Maroc dans l'objectif de se familiariser avec l'utilisation de l'outil *SQI*. Le Cameroun a bénéficié de la somme cumulée des quatre années d'expériences que capitalisait déjà la Guinée, des trois ans d'adaptation et de mise en œuvre du mécanisme *SQI* au Maroc pour réduire le délai d'adaptation du mécanisme dans son contexte. En adoptant la méthode de *learning by doing*, avec l'accompagnement d'un consultant de la GTZ et de deux consultants de la Guinée, le Cameroun a implanté le mécanisme en même temps qu'il développait les outils, procédait à la formation (des analystes et auditeurs-planificateurs) et concevait l'application informatique ayant servi à la saisie, le traitement, l'analyse des données et la liaison des résultats du *SQI* aux interventions d'amélioration et à la planification sanitaire.

##### **a) L'identification, la définition et le choix des dimensions de la qualité**

Vu comme un outil de management du changement, un levier régulateur de l’approche sectorielle et un amplificateur de toutes les actions et initiatives en cours dans le système de santé, quatre dimensions ont été retenues pour le *SQI* au Cameroun. Ces dimensions ont pour l’essentiel été extraites du document de la *SSS* révisée. Toutefois, les préoccupations des grands systèmes de management de la qualité, adaptés au Cameroun ont été pris en compte dans les aspects exprimés sous forme de résultats attendus. L’une des quatre dimensions appelée domaine d’intervention, concerne le renforcement du système de santé alors que les trois autres sont en liaison étroite avec les OMD. Ce sont : la santé de la mère, de l’adolescent et de l’enfant ; la promotion de la santé et la lutte contre la maladie.

Le domaine d’intervention « Renforcement du Système de Santé » a été décliné en 14 classes d’interventions. Les classes d’interventions ont été déclinées en 29 catégories d’interventions pour plus de 103 types d’interventions qui sont mesurées par le biais des résultats attendus. Les trois autres dimensions ont été déclinées directement en prestations de service et résultats attendus (*cf. figure 2 et annexes 2*). Le nombre de résultats attendus était fonction du niveau de prestation de la structure comme présenté dans le tableau VI.

**Tableau VI** : Nombre de résultats attendus par le *SQI* pour chaque type de structure au Cameroun

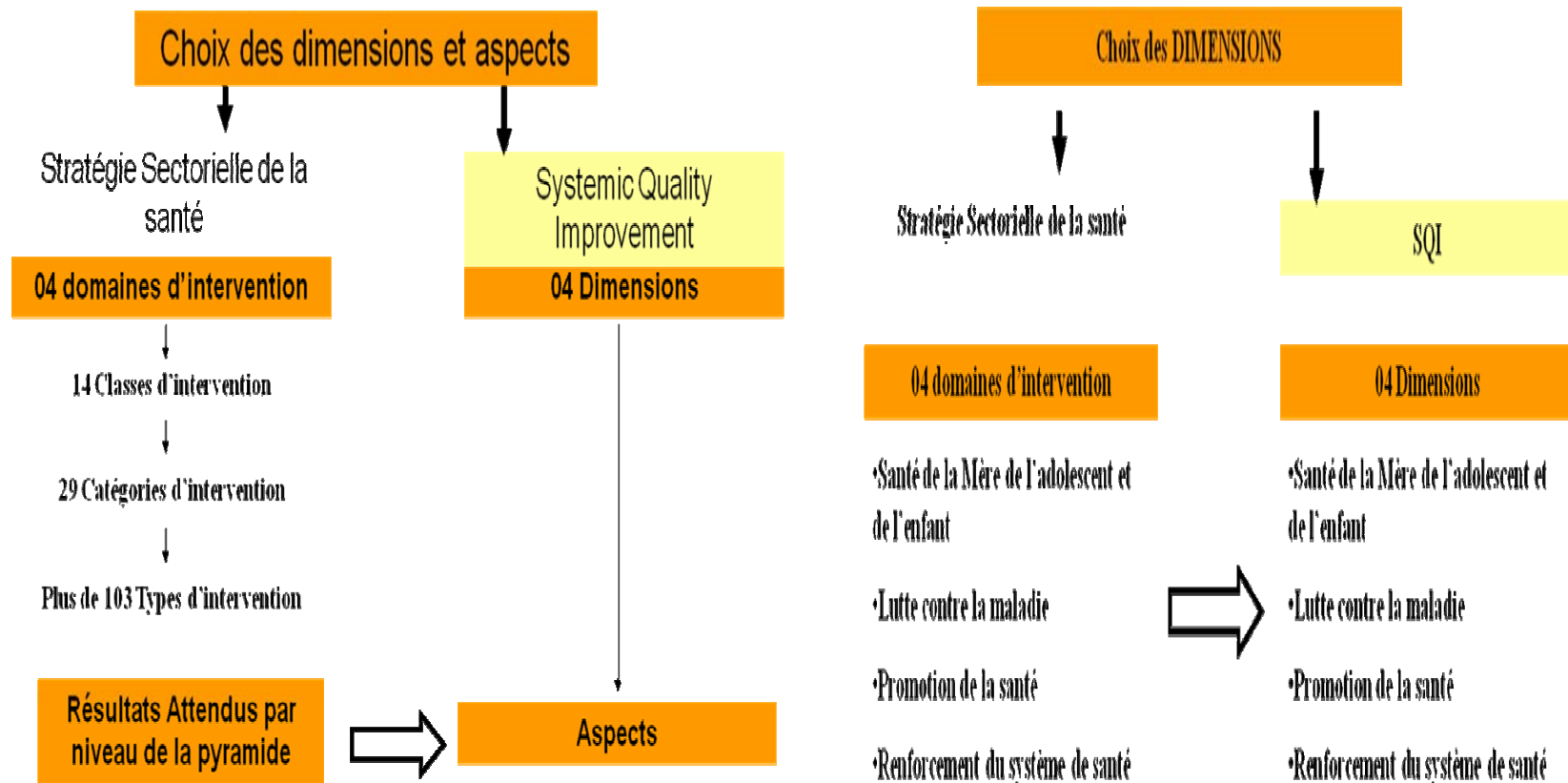
Structures	Nombre de résultats attendus
Aires de santé	116
Hôpitaux de district	169
Services de santé de district	147
Hôpitaux provinciaux <sup>8</sup>	168
Délégations provinciales	108

### **b) Les deux types de *SQI* définis au Cameroun**

Le Cameroun distingue le *SQI* stratégique et le *SQI* opérationnel.

<sup>8</sup> Hôpitaux provinciaux et délégations provinciales sont des structures du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. C’est l’équivalent du niveau régional en Guinée et au Maroc.

Le *SQI* stratégique qui sera réalisé tous les quatre ans permettra à l'image du *SQI* 2007 de faire une analyse de situation, d'améliorer la qualité des services et soins de santé à travers la compétition des structures. Il est considéré comme le mécanisme équitable d'allocation des ressources aux districts de santé sur la base des critères bien définis. Le livrable du *SQI* stratégique est le PDSD à partir duquel sera élaboré les plans de travail annuel. Entre deux *SQI* stratégiques, en général quatre ans, le Cameroun procèdera au suivi-évaluation des plans de travail annuel par le biais du *SQI* opérationnel. Le cycle de déroulement des *SQI* stratégique et opérationnel est alors en harmonie avec celui du plan intégré de suivi-évaluation des activités du système de santé.



*Figure 2* : Schéma illustrant le choix des dimensions et aspects de l'édition *SQI* 2007 au Cameroun

### **c). Le déroulement du *SQI* stratégique 2007**

Dans cette partie, nous ne présenterons que les spécificités qui distinguent le déroulement du *SQI* Cameroun édition 2007 à ceux du Maroc et de la Guinée. Au lieu d'un questionnaire, le guide d'auto-évaluation composé de cinq parties (une introduction générale, des fiches de collecte d'informations générales, des résultats attendus du renforcement du système de santé et des prestations, et enfin des annexes) invitait chaque structure participante à dire là où elle en est par rapport à chaque résultat attendu et comment elle a eu à appliquer la roue de Deming pour obtenir ces résultats. Les informations générales portaient sur la carte socio-sanitaire de la structure. Il s'agissait notamment :

- Des ressources matérielles, financières et humaines;
- Des données démographiques ;
- De la liste des maladies à potentiel épidémique ou destinées à l'élimination ;
- Des principales causes de consultation et de mortalité.

Une fois rempli par chaque structure au bout de trois semaines, les guides d'auto-évaluation étaient transmis au district de santé de céans qui disposait d'une semaine supplémentaire pour produire la synthèse du district. Cette synthèse faite à travers l'équipe cadre était transmise sous décharge à la Délégation Provinciale de Santé Publique (DPSP) et à la cellule technique *via* DPSP. Le même scénario a été appliqué au niveau des DPSP. Au niveau district, chaque structure a gardé par devers elle une copie de son guide d'auto-évaluation rempli.

L'audit s'est déroulé en trois phases. Il a duré généralement six jours par entité et portait essentiellement sur les catégories traceuses représentatives des dimensions et aspects de la qualité, identifiées par la cellule technique du *SQI* à l'image des questions clés pour la Guinée et le Maroc. Chaque équipe d'auditeurs était constituée d'un binôme de pairs, tous deux n'appartenant pas au district mais venus des niveaux central et déconcentré du MSP. Ces équipes descendaient sur les sites d'audit muni d'un micro-ordinateur portable contenant les données des districts à auditer dans une application informatique conçue à cet effet. Tous les responsables des structures de santé du district audité, les représentants de la communauté, les responsables des secteurs apparentés, les autorités municipales, les autorités administratives et les responsables du service de santé de district étaient supposés faire partie de l'équipe locale de l'audit. L'audit a porté sur le district de santé en tant que système et non sur les structures




le composant. Le principe est resté le même, confronter l’auto-perception du district de santé et la vérification sur site des informations contenues dans le guide d’auto-évaluation. A la fin de la matinée de la première journée, après concertation des auditeurs, le score d’audit était introduit dans la base des données du district audité et l’application générait automatiquement le score total corrigé du district audité précisant la nature forte ou faible pour chaque type d’intervention. Cette méthode de saisie des scores d’audit par les auditeurs sur site, a permis à l’opposé de la Guinée et du Maroc de gagner en temps et ressources quand on sait que cette étape de saisie a duré un mois dans ces deux autres pays mobilisant de nombreuses ressources avec des risques d’erreurs de saisie compte tenu de la charge de travail.

L’après-midi était réservée à une réunion de clôture avec *feed-back* de l’audit, accord sur l’analyse de la situation, identification consensuelle des potentiels d’amélioration et priorisation de ces potentiels.

A partir du deuxième jour, les auditeurs apportaient leur appui technique à l’équipe locale dans l’élaboration du draft 0 du PDSB budgétisé pour la période 2009-2012 et d’un plan d’amélioration 2009 représentant une ébauche du plan d’action opérationnel sur la base des priorités pour chaque élément du district.

### V.2.5. Les labels du SQI en Guinée, au Maroc et au Cameroun

**Tableau VII** : Présentation des labels du SQI, des dimensions évaluées et les années de début pour la Guinée, le Maroc et le Cameroun

Pays	Guinée	Maroc	Cameroun
Label			
Organisme	MSP	MS	MSP
Début	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2007</b>
Dimensions	6	9	4

### **V.3. Une application du *SQI* adaptée à chaque contexte**

#### **V.3.1. En Guinée : Un *SQI* à caractères volontaire, d'abord régional, puis national**

Le *SQI* a été appliqué en 2003 aux structures sanitaires du secteur public de la zone qu'appuie le PSS/GTZ qui couvre trois régions sanitaires Labé, Mamou et Faranah. Ces régions représentent le tiers du pays sur les plans géographique et démographique. Nous avons noté l'extension de la couverture géographique progressive, l'augmentation constante du nombre de structures participantes depuis le démarrage en 2003. L'effectif est passé de 128 structures de santé en 2003 à 159 en 2004, puis 180 en 2005 et 245 à la session de 2007. Les structures ayant participé à l'édition 2007 étaient présentes au départ excepté les préfectures sanitaires de Kissidougou et Forécariah, auxquelles se sont ajoutés l'hôpital régional de N'Zérékoré pour la session 2004 et la Direction de la santé de la Ville de Conakry, l'hôpital régional de Kindia et l'hôpital national Ignace Deen en 2007.

Le caractère volontaire de la participation des structures a toujours été un des principes du *SQI* en Guinée.

#### **V.3.2. Au Maroc : Un *SQI* à caractères volontaire et national**

La première édition du *SQI* a été d'emblée nationale et a vu participer en 2007, 188 structures de santé dont 39 délégations, 47 hôpitaux et un premier palier de 102 centres de santé appartenant aux régions qui bénéficiaient de l'appui des bailleurs de fonds. Les coûts de participation de ces centres étaient supportés par ces bailleurs de fonds. Le caractère volontaire a été adopté comme principe du *SQI*. Les régions de Tanger-Tétouan et de l'Oriental ont assuré elles-mêmes le coût de participation de leurs centres de santé parce qu'elles ne bénéficiaient pas de l'appui des bailleurs de fonds.

Pour l'édition 2008 dont les préparatifs sont en cours, nous avons noté un taux de participation supérieur à celui de l'édition 2007 pour tous les types de structures. L'effectif des structures participantes est passé de 23 à 31 délégations, de 37 à 55 hôpitaux et de 102 à 130 centres de santé soit au total de 216 structures comparées au 188 pour l'édition 2007. S'il y a une augmentation considérable du nombre de structures participantes, il faut également signaler une grande déperdition de celles qui s'étaient déjà présentées à l'édition 2007. Pour

preuve, 16 délégations, 10 hôpitaux et 62 centres de santé soit au total de 88 structures de santé ne se sont plus représentées en 2008 représentant respectivement près de la moitié, près du quart, plus de la moitié et près de la moitié des structures participantes en 2007.

Pour le cas précis des régions qui ont elles-mêmes assurée le coût de la participation de leurs centres de santé, nous avons observé un accroissement du nombre d'inscrits en 2008 sans abandon d'un de ceux qui étaient présents en 2007. Ainsi, la participation est passée de 06 à 23 pour la région de Tanger-Tétouan et de 08 à 13 pour la région de l'Oriental, ceci représente un accroissement respectif du simple au *qua triple* et du simple au 3/2.

Ces résultats exception faite de ceux des régions de Tanger-Tétouan et de l'Oriental contrastent avec ceux de la Guinée qui durant ses quatre éditions a toujours vu croître le nombre de structures participantes sans jamais en perdre une seule.

### **V.3.3. Un SQI appliqué avec une volonté de changement des pratiques de planification sanitaire au Cameroun**

Né de la volonté politique de Monsieur le Ministre de la Santé Publique de procéder à l'élaboration du plan stratégique de développement sanitaire, de disposer d'un outil de suivi-évaluation, d'un mécanisme équitable d'allocation des ressources aux structures de santé, et dans le souci d'améliorer la qualité des services et soins de santé, le *SQI* est appliqué ici avec une volonté de changement des pratiques de planification sanitaire de manière à les harmoniser pour toutes les structures sanitaires et gestionnaires déconcentrées du MSP. Cette volonté a été matérialisée à partir du 04 août 2007 par la *lettre n° D30-405/L/MINSANTE/SG/ST/CP-SSS* de Monsieur le Ministre de la Santé Publique à tous les Délégués Provinciaux de la Santé Publique portant organisation des activités de planification sanitaire dans les provinces. De ce fait, 2 500 centres de santé intégrés, 162 hôpitaux de district, 172 services de santé de district, 12 hôpitaux provinciaux et assimilés ainsi que les 10 délégations provinciales<sup>9</sup> de la santé publique ont été soumis à cet exercice depuis août 2007.

### **V.4. Une multitude des effets du SQI difficiles à agréger**

---

<sup>9</sup> La délégation provinciale de la santé publique du Cameroun correspond à la direction régionale de santé en Guinée et au Maroc

**Tableau VIII** : Les effets observés en 2007 dans les systèmes de santé de la Guinée, du Maroc et du Cameroun après introduction du *SQI*

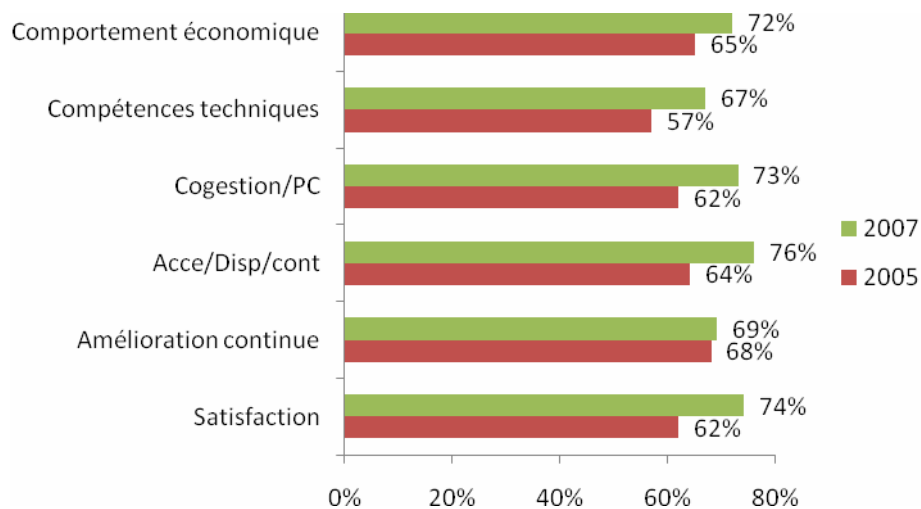
	<b>GUINEE</b>	<b>MAROC</b>	<b>CAMEROUN</b>
Effets observés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la capacité managériale des structures de soins et de gestion</li> <li>• Tendance évolutive du taux d'utilisation des structures de soins de la zone d'application du <i>SQI</i></li> <li>• Renforcement de l'esprit d'équipe au sein des structures participantes</li> <li>• Début de changement de comportement des professionnels de santé en matière de prévention des infections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclenchement d'une dynamique entraînant une mobilisation de masse critique vers l'amélioration et l'excellence</li> <li>• Opportunité d'apprentissage pour un meilleur management du système : Points de repères pour les gestionnaires</li> <li>• Disponibilité d'un pool d'auditeurs aux niveaux régional et central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des professionnels de santé en management de la qualité</li> <li>• Diagnostic d'analyse harmonisée de la situation de 172 districts de santé</li> </ul> <p><b>NB</b> : nous n'avons pas mesuré tous les effets du <i>SQI</i> au Cameroun. Le processus pendant la réalisation de notre étude, était en cours d'implantation et les résultats encore non publiés.</p>

	GUINEE	MAROC	CAMEROUN
Effets observés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte implication des communautés dans le fonctionnement des structures sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicité positive autour du <i>SQI</i> développant une prise de conscience de la population et une pression de la part des autorités administratives vis-à-vis des structures de santé</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la recherche action depuis 2005</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des liens entre le MSP et la Faculté de Médecine de Conakry à travers le <i>SQI</i> et la recherche action</li> <li>• Aucun progrès observé pour les dimensions satisfaction des clients, compétences techniques et accessibilité/disponibilité des hôpitaux après quatre éditions du <i>SQI</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible performance globale des hôpitaux ayant participé au <i>SQI</i> : 27/47 avaient une performance inférieure à 50%</li> </ul>	

## V.5. Le *SQI*: Une valeur ajoutée propre à chaque système de santé

### V.5.1. L'amélioration de la qualité des services et soins dans les structures de santé du secteur public, l'amplificateur des autres approches qualité et le renforcement des liens MSP–Université

L'effectivité de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins et services de santé durant les quatre éditions organisées constitue la plus value du *SQI* en Guinée. Elle a été traduite par la déclaration de Monsieur le Ministre de la Santé Publique lors de la cérémonie de lancement de la session 2007 qui déclarait : « Les résultats déjà obtenus sur le terrain sont très encourageants. Il est à espérer que la combinaison de cette évaluation de la qualité des processus avec l'évaluation des résultats par le monitoring permettront d'apprécier concrètement les performances des services de santé et de suivre les progrès dans l'amélioration continue de la qualité des prestations fournies aux populations<sup>10</sup> ». Cette amélioration de la qualité des services et soins est aussi traduite par le graphique:



---

<sup>10</sup> Extrait du discours de Monsieur le Ministre de la santé publique à l'occasion de la cérémonie de lancement du Concours Qualité édition 2005 du Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée-Conakry, 2 Septembre 2005.

Graphique1 : Evolution de la tendance des dimensions de la qualité des centres de santé aux sessions du *SQI* 2005 et 2007 en Guinée

En plus, le *SQI* à travers son caractère fédérateur a réussi à amplifier la mise en œuvre des autres interventions d'assurance qualité qui existaient avant : le *COPE*, le monitoring, la supervision facilitante et la recherche action.

C'est aussi le lieu de signaler le renforcement des liens entre le MSP et les institutions universitaires à travers la faculté de médecine de Conakry matérialisé pratiquement par :

- L'existence de 18 formateurs encadreurs nationaux en recherche action ;
- L'existence d'au moins deux agents formés en recherche action dans chacune des trois régions sanitaires de la Guinée ;
- Un pool de 30 enseignants de la faculté de médecine formés en recherche action ;
- Un effectif de 450 étudiants en fin cycle de médecine formés en recherche action ;
- La participation d'étudiants en médecine aux recherches sur les facteurs de performance des structures et sur l'application des normes et procédures en 2007;
- La réalisation de trois thèses portant sur des thèmes du concours qualité;
- L'élaboration d'un syllabus sur l'enseignement de la recherche-action existant à la faculté de médecine de Conakry ;
- Le renforcement des capacités des étudiants à appliquer l'approche dans le processus de développement de leur thèse.

#### **V.5.2. La reconnaissance du mérite et l'effet système pour le Maroc**

La plus value du *SQI* édition 2007 se résume en deux points qui font le consensus des six personnes interrogées, des documents consultés et résolutions du forum de Casablanca.

- L'effet système : Nous l'avons mesuré à travers la fonctionnalité des provinces. Ainsi, nous avons constaté que huit provinces médicales sur 14 (60%) ayant participé au *SQI* 2007 avec les trois types de structures (délégation, hôpital et centres de santé), ont eu une fonctionnalité supérieure ou égale à 40%. Ce sont les provinces médicales de Taza, Al Fida, Taroudant, Agadir, Ida Outanane, Tétouan, Al Hoceima, Taounate et Azilal. Cet effet système a été plus perceptible au niveau national à travers la dynamique que le *SQI* a déclenché. En effet tout le long du processus, de l'adoption

du mécanisme jusqu'à la mise en œuvre des plans d'amélioration, il s'est développé une plateforme de dialogue permanent entre tous les éléments constitutifs des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- La reconnaissance : La reconnaissance du mérite pour la structure de santé, la reconnaissance de l'effort pour le personnel et la reconnaissance de la situation par la structure elle-même à travers l'auto-évaluation. La reconnaissance du mérite est considérée comme une récompense des efforts d'amélioration de la qualité du processus entrepris par la structure. L'effet de la reconnaissance a été mieux perçu par Monsieur le Ministre de la Santé qui déclarait: « Ce concours initiera une culture de la reconnaissance du mérite qui est d'ailleurs une source de motivation majeure dans tous les domaines<sup>11</sup> ».

### **V.5.3. L'élaboration du programme commun<sup>12</sup> au Cameroun:**

Nous avons noté que la première édition du *SQI* organisée en 2007, a permis de produire dans un délai raisonnable, des résultats harmonisés de l'analyse de situation de tous les 172 districts de santé assortis des PDSD pour la période 2009-2012. Ces PDSD constituent l'essentiel du programme commun de l'approche sectorielle.

## **V.6. Les facteurs ayant influencés l'implantation du *SQI***

D'une manière générale les facteurs qui ont influencés l'implantation du *SQI* dans les trois pays sont presque les mêmes, avec quelques spécificités propres à chaque contexte.

---

<sup>11</sup> Extrait du discours de Monsieur le Ministre de la Santé ; Dr Mohamed Cheikh BIADILLAH à l'occasion de la Cérémonie de lancement du 1er Concours Qualité du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc-Rabat, 10 janvier 2007.

<sup>12</sup> Le programme commun représente les PDSD de l'ensemble des districts qui ont été consolidés au niveau provincial, puis au niveau national, pour constituer le plan pluriannuel de développement sanitaire (PPDS) 2008-2011. Le PPDS constitue le programme commun.



### **V.6.1. Les mesures d'accompagnement du SQI**

Ces mesures constituent un ensemble de conditions qui ont favorisées l'implantation du SQI.

Il s'est agit de :

1. Le plaidoyer :

- Au niveau politique, il y a eu des rencontres entre experts internationaux de la GTZ et de l'administration centrale des Ministères en charge de la Santé pour explorer l'intérêt, la faisabilité et la pertinence de la démarche ;
- Un plaidoyer permanent à toutes les opportunités offertes.

2. La volonté et l'engagement politiques qui se sont traduits par :

- L'adoption de l'approche par les trois pays ;
- La mobilisation des ressources humaines nécessaires pour la préparation et l'accompagnement du SQI dans les trois pays ;
- La mobilisation des ressources financières nécessaires pour assurer les aspects logistiques et la mise en place des plans d'amélioration ou de développement selon les contextes ;
- L'inscription d'une ligne spécifique SQI au Budget du MSP du Cameroun depuis janvier 2008 ;
- La présidence des cérémonies de lancement et de remise des prix par les Ministres en charge de la santé depuis 2003 en Guinée, en 2007 au Maroc et au Cameroun.

3. La mise en place des mécanismes d'institutionnalisation (*cf. annexes 3*) :

- Initialement confiée à un bureau d'études qui en assurait une gestion déléguée, la réflexion pour l'appropriation de la gestion du SQI par le MSP est en cours depuis 2006 en Guinée;
- Au Maroc, il s'est agit du renforcement de la cellule de la gestion de la qualité domiciliée à la DHSA et la création d'un comité directeur du SQI avec des missions et attributions bien définies ;
- Au Cameroun, l'institutionnalisation s'est faite par *Décision n° 0102/D/MSP/CAB/DAJC du 16 mars 2007* de Monsieur le Ministre de la

Santé Publique portant organisation et fonctionnement du comité Directeur du *SQI* et de sa Cellule Technique.

4. L'information et la sensibilisation : Elaboration d'un plan de communication

- a. Des ateliers ont été tenus et des tournées organisées dans toutes les préfectures sanitaires de la Guinée à des fins d'information, le tout précédé de la *lettre n° 0266/MSP/CAB* de Monsieur le Ministre de la santé Publique aux responsables régionaux de la santé en 2003. Depuis cette année, des activités de sensibilisation continue sont menées en faveur du *SQI* en Guinée.
- b. Au Maroc, le *Circulaire n° 32 DHSA/10/ du 18 juillet 2006* de Monsieur le Ministre de la Santé relative au lancement du *SQI* a précédé le recrutement d'un expert en communication à qui les aspects communicationnels ont été confiés sous le contrôle de la cellule technique.
- c. Au Cameroun, la *Lettre-Circulaire n° D30-405/L/MINSANTE/SG/ST/CP-SSS du 04 août 2007* de Monsieur le Ministre de la Santé Publique portant organisation des activités de planification sanitaire dans les provinces, a été le début de la sensibilisation suivi, des ateliers de formation/information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**V.6.2. Les facteurs de succès du *SQI***

1. En Guinée

- Adhésion du niveau opérationnel ;
- Prise en compte de l'avis des bénéficiaires ;
- Participation des communautés aux activités du *SQI*;
- Synergie entre le *SQI* et les autres approches qualité ;
- Intégration de la recherche-action dans le cycle de développement du *SQI*;
- Implication de la faculté de médecine de Conakry ;
- Disponibilité de documents des normes et procédures.

2. Au Cameroun

- Engagement de la cellule technique ;

- Utilisation des plateformes de concertation existantes pour la mobilisation des autres partenaires techniques et financiers ;
- Implication des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire dès le début du processus en raison du caractère déconcentré du *SQI* ;
- Fort leadership politique de Monsieur le Ministre de la Santé Publique;
- Engagement des représentants de la communauté.

### 3. Maroc

- Recherche de l'excellence ;
- Synergie entre le *SQI* et les réformes en cours.

#### **V.5.3. Les limites à l'implantation du *SQI***

Nous avons identifiées plusieurs limites à l'implantation du *SQI* dans les trois pays. Une limite a été commune aux trois pays:

##### 1. Limite commune aux trois pays : l'insuffisance des ressources

- En Guinée les coûts directs de la mise en œuvre du *SQI* par structure ont été estimés à 320 euros et ½ jour 5 heures 14 minutes 24 secondes de travail en 2007. Depuis 2006, la réflexion se situe sur les mécanismes de responsabilisation des niveaux régionaux et préfectoraux pour l'identification des moyens de déplacement des équipes d'audit dans leur zone respective. Cela permettrait de réduire les coûts d'organisation des audits et partant du concours.
- Les coûts directs de mise en œuvre du *SQI* au Maroc ont été estimés à 555 euros et 6,6 heures par jour de travail et par structure. Cette estimation n'a pas pris en compte les coûts de l'adoption et de l'adaptation méthodologique, de la communication et sensibilisation, du développement des compétences/formation et la contribution des gestionnaires régionaux et provinciaux pendant la phase d'audits.
- Au Cameroun, le démarrage de la phase d'audits a connu le retard d'un mois par rapport au délai prévu. L'une des causes était le retard de la mobilisation des fonds nécessaires. Le coût du *SQI* n'a pas encore été estimé, le processus étant dans sa phase de mise en œuvre.

## 2. Les limites spécifiques à chaque pays :

### i. En Guinée

- a. Faible appropriation de l'approche par le niveau central ;
- b. Insuffisance de la décentralisation de la mise en œuvre du *SQI* ;
- c. Faible implication des autres partenaires techniques et financiers du MSP.

### ii. Au Maroc

- a. La domiciliation de la cellule technique du *SQI* à la DHSA a rendu difficile la mobilisation des autres directions du MS et des partenaires ;
- b. La gestion centralisée du *SQI* a réduit la marge de manœuvres des responsables régionaux et provinciaux dans la résolution des problèmes apparus au cours du processus ;
- c. La faible participation communautaire a aussi été une limite de l'approche ;
- d. Les prix ont fait l'objet de déception comme nous l'a souligné un de nos répondants « Le fait d'offrir le prix uniquement au responsable de la structure a été très revendiqué ».

### iii. Cameroun

- a. La participation mitigée des autres administrations locales alors que l'approche se veut multisectorielle. Dans les deux districts de santé où nous avons observé l'audit, nous n'avons noté la présence d'aucun représentant des secteurs apparentés ;
- b. L'insuffisance de la formation/information des responsables des structures de santé sur la différence entre audit et les autres concepts inspection/contrôle. Un responsable de district de santé a disparu à l'annonce de l'arrivée de l'équipe d'audit dans son entité.

## **VI. Discussion des résultats**

### **VI.1. Résumé des principaux résultats de l'étude**

Nous avons noté une diversité contextuelle entre les trois pays ; un système de santé dégradé en Guinée, un système de santé en pleines réformes avec à son actif une expérience de 15 ans en démarche qualité au Maroc et un système de santé à la quête de l'harmonisation de sa stratégie de planification et de l'arrimage de sa SSS aux OMD au Cameroun. Le contenu du *SQI* a été la symbiose de six dimensions théoriques et empiriques de la qualité en Guinée, le fruit d'un consensus au Maroc pour la définition et le choix de neuf dimensions de la qualité et une déclinaison de la SSS en quatre domaines d'intervention ou dimensions de la qualité au Cameroun. L'application du *SQI* n'a pas été menée de la même manière dans chacun des trois pays. Elle a été progressive en Guinée, commençant par une zone pilote soutenue par le PSS/GTZ, puis elle a cheminée vers une extension nationale sur un principe de participation volontaire, mais limitée au secteur public. Au Maroc, le *SQI* a d'emblée été national dans le secteur public revêtant un caractère volontaire. Au Cameroun, la participation au *SQI* de toutes les structures déconcentrées du MSP est née de la volonté politique de changement des pratiques de planification sanitaire de manière à les harmoniser. Les effets du *SQI* ont été multiples et variés selon les contextes avec une valeur ajoutée propre à chaque système de santé. L'engagement et la volonté politique, l'institutionnalisation, la formation et la sensibilisation, ainsi que l'implication de tous les acteurs sont les mécanismes d'accompagnement du *SQI* qui ont été identifiés, pendant que l'insuffisance des ressources constitue la limite commune à l'implantation du *SQI* dans les trois pays étudiés.

### **VI.2. Interprétation des résultats**

L'hétérogénéité contextuelle que nous avons observée, pourrait traduire la capacité du *SQI* à s'adapter à tous les contextes sans distinction de la situation géopolitique, de la classification de l'OMS et de l'état sanitaire du pays. Le cas de la Guinée, nous fait penser que le *SQI* pourrait aider à revitaliser les systèmes de santé déstabilisés à cause des conflits armés ou d'instabilité politique ; situations fréquentes dans les pays en développement. Il serait alors intéressant de voir quels effets produirait le *SQI* dans certains pays tels que la Côte d'Ivoire, la

République Démocratique du Congo, le Tchad, la République Centrafricaine, le Soudan, etc. qui ne se sont pas encore définitivement remis des conflits dont ils ont été victimes. De même, dans les pays à stabilité politique et économique avérée comme le Maroc et le Cameroun, le *SQI* est toujours d'un apport appréciable. Les dimensions de la qualité définies pour évaluer les structures de santé sont en nombre varié d'un pays à un autre. Ce qui importe ici, ce n'est pas le nombre de dimensions, mais plutôt les différents aspects qu'elles explorent à travers les résultats attendus qui permettront de mesurer les performances et les progrès réalisés par chaque structure participante comparés aux autres structures du même type, au cours de la même édition du *SQI* et comparées à elle-même dans le temps.

Les régions de Tanger-Tétouan et de l'Oriental démontrent la philosophie du volontariat de l'approche à travers le taux de participation croissant de leurs centres de santé aux deux éditions du *SQI* à l'opposé des autres régions du Maroc qui ont vu chuté leur taux de participation.

Le fait d'appliquer le *SQI* à toutes les structures de santé au Cameroun peut être perçu comme une sorte d'obligation. Ceci serait contraire à la philosophie de la qualité qui prône le volontariat, mais il faut plutôt considérer dans ce cas précis la volonté et l'engagement politiques du Cameroun de changer les pratiques de planification sanitaire et les mécanismes d'allocation de ressources qui étaient obsolètes.

La nature des prix attribués aux meilleures structures sanitaires du Maroc à la session *SQI* 2007, spécialement la participation des responsables des structures gagnantes aux réunions internationales sur la qualité pourrait constituer un facteur de démotivation des autres professionnels de santé et de remise en question de l'esprit de travail en équipe.

Le coût de l'organisation d'une édition du *SQI* varie d'un pays à un autre, mais il faut reconnaître que les pays s'accordent sur le fait que ce coût reste élevé par rapport à leur niveau de développement et que le mécanisme est lourd en termes de ressources à déployer.

La gestion déléguée du *SQI* en Guinée pendant cinq ans à un bureau d'études est la preuve que le *SQI* peut aussi se prêter à la contractualisation en même temps qu'il constitue pour les systèmes de santé une opportunité d'amplifier les mécanismes de contractualisation.

### VI.3. Confrontation de nos résultats par rapport à l'état des connaissances

Si les effets produits par le *SQI* ont été satisfaisants dans les trois pays étudiés, il serait anticipé de se prononcer sur leur pérennité. Il s'agit d'une intervention jeune dont l'âge ne dépasse guère cinq ans. Bien que ces effets soient majoritairement bénéfiques pour les systèmes de santé, il serait pertinent de mesurer l'impact du *SQI* avant de se prononcer sur sa capacité à transformer les systèmes de santé en matière d'amélioration de la qualité. Par ailleurs les mécanismes mis en place pour assurer la pérennité de cette intervention sont à encourager. En fait, ils prennent appui sur les quatre dimensions essentielles et indissociables telles que préconisées par Shortell pour le développement d'une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne comme nous pouvons le remarquer sur le tableau IX [13].

**Tableau IX** : Les quatre dimensions essentielles de Shortell pour le développement d'une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne et les conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque dimension<sup>13</sup>

Stratégique	Culturelle	Technique	Structurelle	Résultats
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation.
1	1	0	1	Frustrations et faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages.
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation.

<sup>13</sup> Source : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, p 22 ; Paris. 2002.

La dimension stratégique est prise en compte par le *SQI* à travers les objectifs qui ont été clairement définis et diffusés à tous les niveaux de chaque système de santé. Ces objectifs sont caractérisés par leur diversité d'un pays à un autre et le niveau d'atteinte satisfaisant pour chaque pays. En effet, les objectifs du *SQI* ont été tous atteints en Guinée même si nous notons encore une absence de progrès pour les dimensions de la qualité satisfaction des clients, compétences techniques, accessibilité/disponibilité/continuité dans les hôpitaux après quatre éditions de *SQI*. Au Maroc, en dehors des objectifs de la préparation des structures de santé à l'accréditation et de l'amélioration de leur image et leur crédibilité pour les rendre acceptables par la population dont le niveau d'atteinte ne peut être mesuré qu'à travers des études d'impact, les autres objectifs ont aussi été atteints. Le Cameroun à son tour a réussi en un an à produire les PDSD harmonisés de ses 172 districts de santé qui constituent le préalable de l'atteinte du second objectif.

La dimension technique rassemble plusieurs savoir faire :

- La gestion des projets se caractérise par la déclinaison des objectifs en dimensions et aspects de la qualité, la répartition des tâches à tous les acteurs en commençant par l'auto-évaluation des structures elles-mêmes jusqu'à la mise en œuvre des plans d'amélioration nécessitant un accompagnement des niveaux supérieurs du système de santé et un appui financier et technique des partenaires en passant par l'évaluation par les pairs. La conduite de réunions efficaces, l'animation pour faire vivre la démarche, la communication ascendante et descendante sont des mesures qui ont accompagné l'adoption et l'implantation du *SQI* dans chaque pays. Le *SQI* est même utilisé comme outil de planification et de suivi évaluation pour citer l'exemple du Cameroun. Pour répondre au souci de bilan des actions conduites et des résultats obtenus, à la fin de chaque cycle de *SQI*, il y a rédaction d'un rapport global des activités.
- L'organisation d'un système qualité. Le volet consacré à l'écoute client représente toute une dimension de la qualité dans l'évaluation des structures de santé au Maroc alors qu'en Guinée et au Cameroun les clients sont directement impliqués dans le processus du *SQI* à travers les représentants de la communauté et des mutuelles de santé. En matière d'identification et d'analyse de processus clés, signalons que le principe fondateur du *SQI* est de faire une emphase sur la qualité du processus de

manière à produire le maximum des résultats avec les ressources disponibles. De plus, les modalités d'évaluation du *SQI* portent non seulement sur la performance, mais aussi sur les progrès accomplis ce qui pousse les structures participantes vers une amélioration continue. Des évaluations tant internes (Maroc et Guinée) qu'externes (Guinée en 2006) du mécanisme sont conduites pour une reconnaissance externe des actions menées et des résultats obtenus.

- La maîtrise des méthodes et des outils de la qualité. Le *SQI* offre cette opportunité au système de santé de se doter d'outils d'évaluation et de suivi harmonisés pour tous les niveaux et types de structure. Les techniques de mesure et les systèmes d'information sont maîtrisés à travers le développement des logiciels de traitement et analyse des données qui se sont progressivement améliorés de la Guinée jusqu'au Cameroun en passant par le Maroc. La formation et le renforcement des compétences intéressent certes les chefs de projet, mais pour le cas spécifique du *SQI*, il va au-delà en formant les compétences telles que les analystes et les auditeurs. Un appui méthodologique est apporté à l'organisation ou aux groupes d'acteurs nécessaires le long du processus de mise en œuvre du *SQI*.

La dimension structurelle. Au Cameroun et au Maroc, des structures de coordination ont déjà été mises en place. Elles comportent deux composantes : un comité directeur qui assume les fonctions de pilotage de la composante politique et une cellule technique qui représente la composante opérationnelle. Le Maroc a en plus associé à ces deux composantes un centre d'évaluation chargé de former les analystes et les auditeurs, d'appliquer la méthodologie développée par la cellule technique et d'accompagner le processus d'évaluation. Il fonctionne à la demande de la cellule technique et en fonction du plan de mise en œuvre du *SQI*. En Guinée, la structuration des organes de coordination du *SQI* est en cours d'élaboration, la gestion du mécanisme ayant été jusqu'ici déléguée à un cabinet d'études.

La dimension culturelle est prise en considération sur toute la ligne du développement du *SQI*.

- Le travail en équipe est une réalité à travers le remplissage des guides d'auto-évaluation pour lesquels les résultats attendus portent sur tous les domaines d'organisation et de fonctionnement de la structure. Ceci oblige le responsable de la

structure à tenir des réunions périodiques pour répondre aux questions du guide permettant ainsi de construire un vocabulaire partagé et une vision commune au sein de la structure. Ce travail en équipe permet de dépasser les représentations individuelles et de donner la volonté d'agir ensemble.

- L'approche client est prise en compte dans le *SQI* dès la conception même des outils. Ce volet a déjà été développé plus haut dans la dimension technique à travers l'organisation d'un système de qualité. L'effort culturel, qui consiste à accepter le regard du client, est un facteur puissant de progrès pour la structure.
- La culture de la mesure. Elle est vérifiable avec le *SQI* puisque pour chaque réponse apportée à une question du guide d'auto-évaluation, correspond un score préalablement défini selon des critères précis dans un guide de score développé pour chaque type de structure. Le classement final des structures se fait sur la base du score total corrigé permettant ainsi de juger la performance des différentes structures du même type et l'évolution des progrès d'une structure dans le temps.
- L'approche positive de l'erreur est une réalité avec le *SQI*. Les dysfonctionnements identifiés et les aspects classés faibles sur la base du score total corrigé attribué par les analystes et auditeurs constituent la banque des potentiels d'amélioration à partir de laquelle la structure priorise ses activités dans un plan d'amélioration.

Il reste cependant à redouter la bureaucratisation de cette approche qui pourrait à terme, s'apparenter aux services publics de santé qui sont fortement hiérarchisés dans le contexte africain [1]. Dans ce cas de figure, les informations cheminent du sommet stratégique vers la base sous la forme d'instructions par la ligne directrice selon la configuration organisationnelle de Mintzberg's. On assisterait alors à la réduction de la vision du *SQI* qui voudrait pourtant être un mécanisme de développement organisationnel et fonctionnel des systèmes de santé.

Cette approche dans son contenu se rapproche du cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé développé par l'OMS en 2000 [14]. En effet l'OMS a conçu un cadre comprenant la délimitation, les objectifs, les fonctions et la performance des systèmes de santé. L'OMS distingue trois objectifs intrinsèques : l'amélioration de la santé, la capacité de

répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que la santé et l'équité dans la contribution financière en matière de santé. Les résultats des pays avaient été mesurés par rapport à ces objectifs. La performance du système de santé était mesurée sur la base d'un indice global composé de cinq indicateurs individuels (le niveau de santé, la distribution du niveau de santé pour évaluer l'équité, la réactivité évaluant le niveau et la distribution de santé, l'équité dans la distribution financière et la mesure de l'efficacité du système de santé). L'OMS à travers ce cadre recherchait l'excellence des systèmes de santé de ses Etats membres par le biais de leur classement. Le *SQI* se distingue du cadre d'évaluation de l'OMS de part son principe de participation volontaire et de sa focalisation sur le processus pendant que l'OMS évaluait la performance en examinant le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre. L'OMS avait appliqué son cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé de façon systématique à tous les pays membres sans préparation préalable.

Vu sous le prisme de l'évolution de la qualité dans le champs de la santé, le label *concours qualité* viendrait alors simplement compléter la liste des stratégies qui l'ont précédées dans la résolution des problèmes en Afrique, désignées par les expressions *activité qualité*, *cercle qualité*, *cycle qualité*, *équipe qualité*, etc. comme si la qualité n'avait jamais été une préoccupation des activités des services de santé [1]. Mais le *SQI* a cette particularité de standardiser les procédures, d'insuffler des changements dynamiques, flexibles et participatifs au sein des organisations et systèmes : il s'agit d'un cadre de changement de paradigme. La question reste alors de savoir jusqu'à quand le *SQI* tiendra ce défi ? Cette question revêt toute son importance quand on sait que les systèmes de santé africains sont caractérisés par une matrice organisationnelle bureaucratique. Ici, les professionnels de santé ont pour activités principales de mettre en œuvre au quotidien les stratégies des programmes de santé. La relation soignant-soigné est par conséquent peu développée. Les spécialistes des programmes de santé associés aux experts internationaux constituent un lobbying de standardisation des pratiques cliniques et administratives. Cette paire d'acteurs représente la technostucture du système de santé [1] à laquelle le *SQI* devrait à coup sûr se confronter.

## **VI.4. Potentiels et limites de l'étude**

### **VI.4.1. Les forces de l'étude**

Le *SQI* est une intervention sociale complexe, qui a été implantée dans des organisations complexes que sont les systèmes de santé. L'approche qualitative et le devis descriptif que nous avons utilisés dans ce travail sont appropriés pour la comparaison d'un mécanisme mis en œuvre dans trois contextes. L'originalité de notre travail réside sur le fait que le *SQI* est un construit social nouveau en santé, encore très peu exploré dans le champ de la recherche. Son étude représente un enjeu stratégique en ce qui concerne ses perspectives d'avenir dans les systèmes de santé, surtout ceux des pays en développement qui sont à la quête d'une approche de démarche qualité adaptée à leur contexte. L'actualité sur le débat autour de la problématique de la qualité en générale et particulièrement celle des services et soins de santé, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement justifie la pertinence de ce travail.

### **VI.4.2. Les limites de l'étude**

En raison des contraintes temporelle et budgétaire, ce travail s'est effectué en quatre mois et sans financement extérieur. Cependant, il aurait été plus enrichi si sur le plan méthodologique, nous avions observé le processus du *SQI* dans chacun des trois pays et élargi l'éventail de nos entrevues aux autres acteurs de mise en œuvre du processus (analystes, auditeurs, responsables des structures de santé, professionnels de santé et clients). Un temps plus allongé et un appui financier auraient davantage améliorés ce travail.

### **VI.4.3. L'utilisation des résultats pour action**

Ce travail s'inscrit dans la perspective de prise de décision pour orienter l'action sur le terrain.

Nous recommandons :

- Aux gestionnaires des systèmes de santé des pays en développement en quête d'un mécanisme d'amélioration continue de la qualité l'adoption du *SQI* au vue de la flexibilité de son adaptation ;
- Aux gestionnaires des systèmes de santé l'ayant déjà implanté ou en voie de le faire, d'améliorer le mécanisme du *SQI* en :

- Mettant sur pieds une plateforme de concertation et d'échange d'expériences;
- Associant les institutions de formation en santé et les facultés de médecine de leur pays qui disposent d'une expertise certaine à apporter à travers la diversité de leurs profils;
- Aux concepteurs de l'approche, de promouvoir les travaux de recherches scientifiques sur le *SQI* et la publication de leurs résultats pour rendre davantage crédible le *SQI* au près de la communauté scientifique.

## Conclusion

Au terme de cette étude, nous avons noté que le *SQI* utilise plusieurs techniques telles que le *benchmarking*, le travail en équipe, la compétition positive et le *coaching* empruntées d'autres approches de la qualité, en marge de l'auto-évaluation et de l'audit qui sont le socle de son mécanisme. L'effet système qu'il a déclenché au sein des trois systèmes de santé étudiés associé à son caractère fédérateur des autres approches, semblent lui conférer le statut de démarche la mieux adaptée pour le développement du management de la qualité dans les systèmes de santé des pays en développement qui se positionnent dans la perspective d'une amélioration continue. Le niveau d'atteinte satisfaisant des objectifs diversifiés du *SQI* en Guinée, au Maroc et au Cameroun sont la preuve qu'il s'agit d'un mécanisme flexible qui pourrait s'adapter à tous les contextes malgré les limites que nous avons identifiées pour son implantation dans les trois pays. Cependant, l'absence de progrès observé pour les dimensions de la qualité satisfaction des clients, compétences techniques et accessibilité/disponibilité/continuité dans les hôpitaux après quatre éditions de *SQI* en Guinée ainsi que la faible performance des hôpitaux que nous avons notée au Maroc pendant l'édition du *SQI* 2007 soulèvent la problématique du management de la qualité des hôpitaux et nous invitent à mener une réflexion sur ce sujet. Le taux de déperdition élevé de la participation des structures de santé à l'édition du *SQI* 2008 au Maroc mériterait aussi d'être étudié dans l'objectif de rechercher les déterminants de cet abandon.

## Références

1. **P. Blaise et G. Kegels.** *A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models*, International journal of health planning and management 19: 337-364. 2004.
2. **Hervé Lecllet et Claude Vilcot.** *Qualité en santé: 150 questions pour agir*, AFNOR 1999.
3. **Haddad S. et al.** *Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 4 (1): 59-78. 1997.
4. **Haddad S, Fournier P, Machouf N et Yatara F.** *What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea*, Soc Sci Med 47: 381-394. 1998.
5. **Ministère de la santé publique de la Guinée.** *Concours Qualité : Renforcer la culture de l'amélioration continue dans les structures sanitaires des Régions de Labé, Mamou et Faranah*, Novembre 2002.
6. **Dugas S et De Brouwere V.** *Appui à la Généralisation de l'Approche Qualite' dans le Secteur Sanitaire du Niger*, Rapport de Mission et Séminaire de Synthèse du PAGENAQ. 12-25 Juin 2001. République du Niger, Ministère de la Santé: Niamey, Niger; 1-25. 2001 In **P. Blaise et G. Kegels.** *A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models*, International Journal of Health Planning and Management : 19: 337-364. 2004.

- 7. Ministère de la Santé du Maroc-DHSA.** *Document de synthèse des étapes réalisées pour l'implantation du concours qualité au Maroc.* 2007.
- 8. Hassan Alaoui.** *Amélioration des compétences : GTZ, l'Agence Allemande de Coopération au cœur du processus de qualité dans la Santé publique au Maroc, Le Matin du Sahara et du Maghreb ; Numéro 13 557 : p 19.* Vendredi, 6 juin 2008.
- 9. Anselm Schneider et Friedeger Stierle.** *How to initiate and steer Systemic Quality Improvement : and advisor's guide for the health sector and other social sectors,* GTZ. 2007.
- 10. Kieran Walshe.** *Understanding what works-and why-in quality improvement: the need for theory-driven evaluation,* International Journal for Quality in Health Care; Volume 19, Number 2: pp. 57-59. 2007
- 11. Yin R. K.** *Case Study Research,* Beverly Hills (CA). Sage. 1984.
- 12. Contandriopoulos A. P et al.** *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer,* Les presses de l'Université de Montréal. 1990.
- 13. Shortell SM, Bennett CL et Byck GR.** *Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : what it will take to accelerate progress,* Milbank Q;76:593-624. 1998
- 14. OMS.** *Pour un système de santé plus performant,* Rapport sur la santé dans le monde. 2000.

## Lexique

**Accréditation:** C'est la procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un autre organisme est compétent pour effectuer des tâches spécifiques.

**Aspect:** C'est la situation souhaitée en termes de qualité de processus pour une structure de santé.

**Audit:** C'est l'activité qui applique en toute indépendance des procédures cohérentes et des normes d'examen en vue d'évaluer l'adéquation et le fonctionnement de toute ou partie des actions menées dans une organisation par référence à des normes

**Benchmarking:** C'est une méthode d'amélioration de son produit ou service en allant apprendre aux près d'autres organisations de la même catégorie.

**Cercle de qualité:** C'est un groupe de travail naturel qui se réunit à intervalles réguliers et qui, avec l'aide d'un animateur, cherche à identifier, à analyser et résoudre des problèmes liés au travail, à mettre en œuvre les solutions proposées, à contrôler les résultats et à réagir constamment pour consolider les acquis et corriger les anomalies.

**C.O.P.E:** C'est une méthode d'amélioration de la qualité centrée sur le client

**Contrôle:** C'est un ensemble de procédures organisées ayant pour objet de vérifier le respect des règles sur un champ plus limité et l'adéquation aux normes par l'organisme contrôlé. Le contrôle peut déclencher des inspections appropriées

**Contrôle qualité:** C'est une méthode d'identification, et sélection de la non-qualité dans le processus de production de biens et services.

**Dimension:** C'est un paramètre d'évaluation jugé important pour assurer la qualité des services et soins offerts.

**EFQM:** C'est le modèle européen du TQM, utilisé largement dans l'industrie, dans les établissements de santé et scolaires, et dans le commerce.

**Evaluation:** Elle consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions

**Inspection:** C'est l'action de vérifier sur place l'organisation et le fonctionnement des services au moyen de tournées périodiques et souvent inopinées mettant en exergue l'autorité de l'Etat.

**KTQ:** C'est un système de certification de la qualité des hôpitaux, développé et utilisé en Allemagne (centré sur le processus).

**TQM:** C'est une philosophie de management et des pratiques utilisées par l'organisation pour exploiter le plus efficacement possible, ses ressources humaines et matérielles en vue de réaliser ses objectifs.

## **Annexe 1- Guide d'entretien**

Bonjour/bonsoir,

Je vous remercie de me recevoir. Comme cela vous a été transmis ma demande d'audience/ comme je vous l'avais indiqué au téléphone lors de notre dernier entretien, je suis actuellement participant au 9<sup>e</sup> cours de Mastère en Administration Sanitaire et Santé publique-Option Santé Publique à l'Institut National d'Administration Sanitaire de Rabat au Maroc. J'ai sollicité vous rencontrer dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude dont le thème porte sur la comparaison du concours qualité en Guinée, au Maroc et au Cameroun. L'objectif de ce travail vise à comparer l'utilisation du mécanisme dans ces trois pays où il a été implanté, afin de tirer des leçons. Cet entretien bien sûr anonyme aura une durée approximative de 30 minutes et sera enregistré si vous le permettez. Merci.

1. Pouvez-vous me dire qu'est-ce qui a motivé votre pays à adopter le concours qualité?
2. Comment s'est déroulé le plaidoyer au niveau stratégique ou politique ? Je voudrais dire les rencontres entre promoteurs du concours qualité (experts de la GTZ) et votre chef de département ministériel ayant abouties à l'adoption de l'outil ? Y a-t-il eu des préalables à cette adoption ?
3. J'aimerais savoir avec votre permission comment a été défini le contenu du concours qualité dans votre pays ou mieux sa nature/ses caractéristiques. Pouvez-vous également nous dire quels sont ces caractéristiques ?
4. Comment le pays s'est-il servi du concours qualité ? Reformulation : Sous quelle forme le concours qualité a-t-il été appliqué aux structures de santé dans votre pays ?
5. Puis-je savoir quelles étaient/sont vos attentes du concours qualité ? Que vous a-t-il apporté par rapport à vos attentes et quelle en est sa valeur ajoutée pour votre système de santé ?
6. Quels sont selon vous les forces et les limites à l'adoption et à l'implantation du concours qualité ? Reformulation : Pouvez-vous identifier les conditions (et facteurs) favorables et/ou défavorables au concours qualité ?

*Je vous remercie d'avoir répondu aux questions et de m'avoir accordé de votre temps.  
Au revoir*

## Annexe 2- Exemples de listes des résultats attendus des premières sessions du SQI en Guinée, au Maroc et au Cameroun.

### 1. Exemple de la liste des résultats attendus de la dimension Cogestion/participation communautaire des hôpitaux au cours du SQI 2003 en Guinée

Dimension de Qualité	Aspects de cette dimension		Critères d'évaluation	
<b>1. Cogestion/Participation communautaire</b>	1.1	Conseil d'Administration / Conseil Consultatif fonctionnel	1.1.1	Conseil d'Administration / Conseil Consultatif existe
			1.1.2	Le CA siège 2 fois / an. Le CC siège 4 fois / an
			1.1.3	Un programme d'activités existe, ses activités sont mises en œuvre et suivies.
			1.1.4	Les outils de gestion du CA / CC sont à jour.
			1.1.5	Les membres des comités participent à la synthèse du Monitoring
	1.2	Comité d'usagers existe et fonctionnel	1.2.1	Un Comité d'usagers existe et dispose d'un programme.
			1.2.2	Les activités du Comité sont mises en œuvre et suivies.
			1.2.3	La direction prend en compte toutes les recommandations du Comité des usagers.
	1.3	Gestion des plaintes existe et fonctionnelle	1.3.1	Les plaintes et conflits sont l'objet de résolution au niveau de la structure et du Comité des Usagers.
	1.4	Autres structures de partenariat existantes et fonctionnelles	1.4.1	Il existe un cadre de concertation périodique avec les autres partenaires.
			1.4.2	Les résolutions de ces concertations sont mises en application par l'hôpital.

**2. Exemple de la liste des résultats attendus de la classe offre des services et soins de la dimension Renforcement du Système de santé des Districts au cours du SQI 2007 au Cameroun**

Classe	Catégorie	Intervention	Résultat Attendu	
			N°	Libellé
<b>1. Offres de Services et soins</b>	<b>Infrastructures</b>	Actualisation des normes techniques	<b>1</b>	Les normes techniques actualisées sont disponibles dans le District de Santé (DS)
		Actualisation de la carte sanitaire	<b>2</b>	Les éléments d'actualisation (à jour) de la carte sanitaire du DS sont disponibles.
		Construction	<b>3</b>	Les constructions sont faites dans les normes en tenant compte des besoins du District de Santé
		Construction	<b>4</b>	Les magasins de stockage adaptés aux besoins sont construits dans les structures sanitaires du District selon les normes
		Réfection/Aménagement	<b>5</b>	Les espaces de travail sont réfectionnés/aménagés dans le District de Santé selon les normes et en fonction des besoins.
	<b>Equipements</b>	Actualisation des normes par niveau	<b>6.</b>	Les normes d'équipements actualisées sont disponibles dans le District de Santé
		Acquisition des équipements techniques	<b>7</b>	Les équipements techniques, le mobilier ainsi que les TIC acquis selon les normes sont disponibles dans la District
		Acquisition des équipements et matériel roulant	<b>8</b>	Les équipements et le matériel roulant y compris le matériel de communication (pour la mise en œuvre des activités du paquet d'intervention) acquis selon les normes sont disponibles

### 3. Exemple de la liste des résultats attendus de la dimension satisfaction des Délégations provinciales au cours du SQI 2007 au Maroc.

Dimensions	Aspects	Etapes	Questions
Satisfaction	La délégation dispose d'un système opérationnel d'écoute clients	Planifier	1 Quels mécanismes prévoit la délégation pour recueillir les attentes des clients (personnel de la délégation, professionnel de structures de prestations, population) ?
		Exécuter	2 Décrivez le processus que vous avez suivi pour la résolution du dernier cas de conflit interpersonnel (personnel de santé)
		Evaluer	3 Quels sont les indicateurs utilisés par la délégation pour mesurer le degré de satisfaction de ses clients? (personnel de la délégation, professionnel de structures de prestations, population) 4 Comment la délégation évalue-t-elle la satisfaction des plaignants par rapport aux doléances? 5 Quelle appréciation faites-vous de la réponse de la délégation à vos doléances? ( <u>adressée aux clients</u> )
		Adapter	6 Comment la délégation compte améliorer la réaction aux plaintes ou aux doléances qui lui ont été adressées lors du dernier semestre?
	La délégation dispose de mécanismes appropriés et opérationnels de motivation	Planifier	7 Quels sont les mécanismes prévus par la délégation pour la motivation du personnel? (personnel délégation, SIAAP, hôpital)
		Exécuter	8 Comment la délégation valorise-t-elle les performances et reconnaît le mérite? 9 Comment la délégation assure-t-elle le développement de l'esprit d'équipe?
		Evaluer	10 Quels ont été les résultats de la dernière évaluation de la satisfaction du personnel (délégation, CS, hôpital) <i>et comment les avez-vous obtenus?</i>
		Adapter	11 Quelles sont les initiatives que vous envisagez pour améliorer la satisfaction du personnel? (délégation, CS, hôpital) ?

## **Annexes 3-Structures de gestion du SQI**

### **I. Structures de gestion du SQI au Maroc**

Trois principales fonctions ont été identifiées pour le concours:

- Une fonction de pilotage
- Une fonction de gestion logistique
- Une fonction d'évaluation

Ces fonctions seront assurées par les structures suivantes:

- 1) Le Comité Directeur (CD)
- 2) La Cellule technique (CT)
- 3) Le Centre d'Evaluation (CE)

#### **1) Le Comité Directeur (CD)**

##### Attributions

Le Comité Directeur sera appelé à :

- Arrêter les orientations stratégiques du CQ ;
- Prendre acte de l'état d'avancement du processus CQ ;
- Valider les actions à entreprendre concernant le CQ ;
- Valider la composition et le mandat du CT et CE ;
- Apporter le soutien et l'appui à ces structures.

##### Constitution

###### Membres permanents

- Secrétaire Général ;
- Inspecteur Général ;
- Directeurs Centraux ;
- 3 à 4 coordonnateurs régionaux ;
- Le coordonnateur de la cellule technique du concours assurera le secrétariat. En effet, les informations dont il dispose concernant le déroulement du concours alimenteront les décisions des membres du comité directeur.

Membres associés:

Les partenaires des organismes internationaux qui appuient l'organisation du concours. Par ailleurs, en fonction de l'évolution et de la dimension que prendra ce concours, les représentants d'autres entités peuvent être associés par la suite (privé, ANAM, SNIMA, etc.)

Fonctionnement du CD

Le Comité Directeur sera présidé par le Ministre de la santé, et ce comité se réunira 2 fois par an. Le secrétariat sera assuré par la DHSA.

**2) La Cellule technique (CT)**

Attributions de la Cellule technique :

La cellule technique est le maître d'œuvre du processus CQ. C'est elle qui veille au fonctionnement et à la continuité du processus du concours. Ses membres doivent par conséquent avoir une grande disponibilité et un engagement permanents.

Ses attributions consistent à :

- Veiller à l'élaboration de la Méthodologie ;
- Veiller à l'élaboration du plan de Formation ;
- Veiller à l'élaboration du plan de communication ;
- Veiller au processus d'exploitation des résultats ;
- Identifier les personnes ressources pour des interventions particulières ;
- Assurer la coordination entre les unités opérationnelles ;
- Arrêter les modalités logistiques ;
- Accompagner les ateliers pré-test ;
- Soumettre les résultats du CQ au Comité Directeur ;
- Assurer le secrétariat permanent du CQ.

### Constitution de la Cellule technique

Il a été recommandé que cette structure soit composée d'un noyau fixe constitué des cadres de la Cellule de gestion de la Qualité domiciliée à la DHS. Ce noyau sera appuyé par la GTZ et travaillera en étroite collaboration avec des personnes ressources des structures centrales (qui seront désignées par les directeurs). Ce comité fera appel lors de l'élaboration de la méthodologie à des personnes ressources des structures de formation (CHU, ...) et des structures de soins y compris le privé.

### **3) Centre d'Evaluation (CE)**

Le centre d'évaluation est un organe d'expertise et d'encadrement, il représente pour la CT le centre de référence pour la formation, le développement et l'application de la méthodologie

#### **Attributions du Centre d'Evaluation**

- Procéder à la formation des analystes et des auditeurs
- Appliquer la méthodologie d'évaluation au niveau des structures
- Accompagner le processus d'évaluation

#### **Constitution du Centre d'Evaluation**

Personnes ressources en mesure de mener à bien le processus d'évaluation (dont des experts en audit et techniques d'évaluation, informaticiens, etc.) émanant des institutions de formation ainsi que des autres structures du ministère de la santé.

## **II. Structures de gestion du SQI au Cameroun (cf. page suivante)**