



République de Guinée  
Ministère  
de la Santé Publique

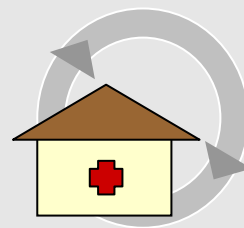
PROGRAMME SANTE  
ET LUTTE CONTRE LE SIDA

Coopération Guinéo-Allemande



Deutsche Gesellschaft  
für Technische  
Zusammenarbeit  
(GTZ) GmbH

# Concours Qualité



**Rapport final**

**2003**

**Région de Faranah**  
**Région de Labé**  
**Région de Mamou**  
**District de Forécariah**

Volet Qualité / Volet Management

Dr Mohamed Sylla, Coordinateur National, MSP  
Dr Housseinatou Barry, Responsable du Volet Qualité, MSP  
Dr Boubacar Sall, Responsable du Volet Management, MSP  
Dr Anselm Schneider, Conseiller Technique Management et Qualité, GTZ  
Dr Abdoulaye Maci Bah, Assistant Technique Qualité, GTZ  
Mr N'Greti Etienne Aka, Assistant Technique Management, GTZ  
Mr Yaya Souaré, Consultant Informatique, GTZ

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique au terme du Concours Qualité initié dans la zone d'intervention du Programme Santé et Lutte contre le SIDA (PSS) avec l'appui de la GTZ félicite toutes les structures de santé qui y ont participé volontairement. Le PSS remercie tous ceux qui ont participé à la mise en place de cet outil d'amélioration de la qualité sur le terrain.

Ces remerciements s'adressent particulièrement :

- A l'Inspection Générale de la Santé (IGS) du Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée,
- A la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins (DNEHS) du Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée,
- Au Service de la Planification, de la Recherche et de la Documentation du Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée,
- A la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAAF) du Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée,
- Au Programme Elargi de Vaccination (PEV), Conakry,
- A la Direction Régionale de la Santé de Kankan,
- A l'Hôpital Régional de N'zérékoré,
- A la Direction Préfectorale de la Santé de Boké,
- Aux Centres de Santé de Kankan (« Karfamoria » et « Kabada »),
- Au Centre de Santé « N'gonia » de N'zérékoré,
- Aux Centres de Santé de Boké (« Kolaboui » et « CSU »)
- Au département « CAH » de l'OMS, Genève,
- A la société « Contec gmbH », Bochum,
- A l'organisation « Médecin Sans Frontière » (Belgique).

Par la même occasion, le PSS adresse toutes ses félicitations aux structures sanitaires des Régions de Mamou, Faranah, Labé et de la Préfecture de Forécariah qui ont librement accepté de participer à cette première session du Concours Qualité.

L'exécution de ce premier Concours Qualité a été possible grâce à l'appui des cadres et experts du secteur sanitaire venus des quatre coins de la Guinée et qui ont participé en pionnier avec l'équipe PSS aux phases d'analyse et d'audit. Les résultats que les lecteurs vont trouver dans ce document reflètent l'appréciation consensuelle de tous ces auditeurs qui ont paraphé le document ci-après.

## LEXIQUE

**MSP** : Ministère de la Santé Publique

**DRS** : Direction Régionale de la Santé

**DPS** : Direction Préfectorale de la Santé

**DCS** : Direction Communale de la Santé

**HR** : Hôpital Régional

**HP** : Hôpital Préfectoral

**CMC** : Centre Médico Communal

**CS** : Centre de Santé

**DG** : Directeur Général

**DH** : Directeur d'Hôpital

**DSVCO** : Direction Santé Ville de Conakry

**PMA** : Paquet Minimum d'Activités

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PDCA** : Plan Do Check Act; Roue de Qualité

**TQM** : Management de la qualité total

**EFQM** : Fondation européenne du Management par la Qualité

**KTQ** : Kooperation Transparenz und Qualität ; un système de certification de la qualité des hôpitaux, développé et utilisé en Allemagne

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

**COPE** : (client-oriented, provider-efficient) méthode d'amélioration de la qualité centrée sur le client

**PSS** : Programme Santé et Lutte contre le SIDA

**GTZ** : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit , gmbH

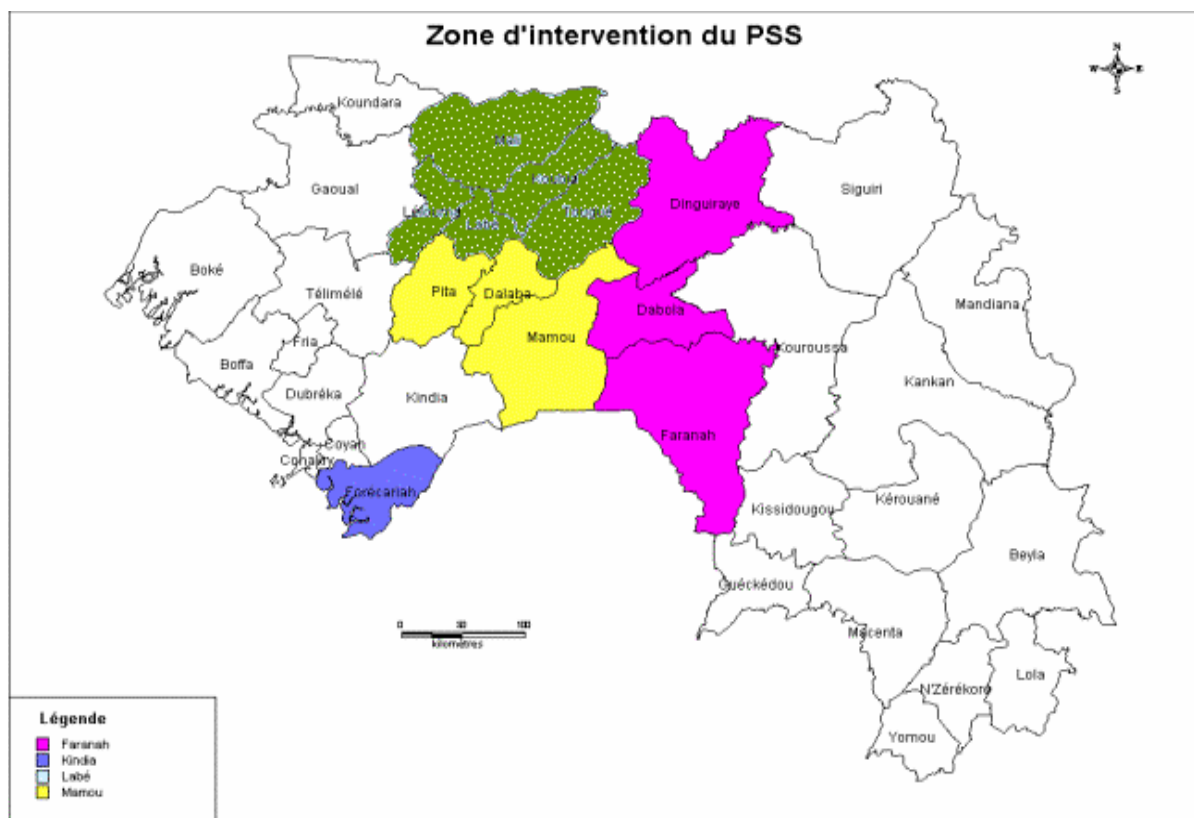
## STRUCTURE

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>A.</b>    | <b>CONTEXTE DU CONCOURS QUALITE .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>A.1</b>   | <b>SITUATION GEOGRAPHIQUE.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>A.2</b>   | <b>SYSTEME DE SANTE DE LA ZONE DU CONCOURS .....</b>                              | <b>8</b>  |
| <b>A.3</b>   | <b>CADRE PROGRAMMATIQUE.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>A.4</b>   | <b>LA PERCEPTION DE LA QUALITE SUR LE TERRAIN.....</b>                            | <b>14</b> |
| <b>B.</b>    | <b>OBJECTIFS DU CONCOURS QUALITE.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>C.</b>    | <b>METHODOLOGIE .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>C.1</b>   | <b>CADRE CONCEPTUEL .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>C.2</b>   | <b>OPERATIONNALISATION DU CONCEPT .....</b>                                       | <b>20</b> |
| <b>C.3</b>   | <b>DEROULEMENT DU CONCOURS.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>C.3.1</b> | <i>Préparation des participants au Concours .....</i>                             | <i>22</i> |
| <b>C.3.2</b> | <i>Auto évaluation .....</i>  | <i>22</i> |
| <b>C.3.3</b> | <i>Analyse des résultats de l'auto évaluation.....</i>                            | <i>23</i> |
| <b>C.3.4</b> | <i>L'audit et plan d'amélioration.....</i>  | <i>23</i> |
| <b>C.3.5</b> | <i>Appui technique et suivi .....</i>   | <i>24</i> |
| <b>C.4</b>   | <b>SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....</b>                                      | <b>24</b> |
| <b>C.5</b>   | <b>ANALYSE.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>D.</b>    | <b>RESULTATS 2003.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>D.1</b>   | <b>CENTRES DE SANTE .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>D.1.1</b> | <i>Niveau de performance et classement.....</i>                                   | <i>27</i> |
| <b>D.1.2</b> | <i>Résultats par région administrative .....</i>                                  | <i>27</i> |
| <b>D.1.3</b> | <i>Résultats selon la localisation en milieu urbain ou rural .....</i>            | <i>28</i> |
| <b>D.1.4</b> | <i>Résultats par dimension .....</i>  | <i>28</i> |
| <b>D.1.5</b> | <i>Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA) .....</i>                   | <i>28</i> |
| <b>D.1.6</b> | <i>Facteurs de correction .....</i>   | <i>29</i> |
| <b>D.1.7</b> | <i>Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking) .....</i> | <i>29</i> |
| <b>D.2</b>   | <b>HOPITAUX REGIONAUX ET PREFECTORAUX .....</b>                                   | <b>31</b> |
| <b>D.2.1</b> | <i>Niveau de performance et classement.....</i>                                   | <i>31</i> |
| <b>D.2.2</b> | <i>Résultats selon le niveau (préfectoral / régional) .....</i>                   | <i>31</i> |
| <b>D.2.3</b> | <i>Résultats par région administrative .....</i>                                  | <i>31</i> |
| <b>D.2.4</b> | <i>Résultats par dimension .....</i>  | <i>32</i> |
| <b>D.2.5</b> | <i>Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA) .....</i>                   | <i>32</i> |
| <b>D.2.6</b> | <i>Facteurs de correction .....</i>   | <i>32</i> |
| <b>D.2.7</b> | <i>Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking) .....</i> | <i>32</i> |
| <b>D.3</b>   | <b>DIRECTIONS PREFECTORALES DE LA SANTE (DPS).....</b>                            | <b>33</b> |
| <b>D.3.1</b> | <i>Niveau de performance et classement.....</i>                                   | <i>33</i> |
| <b>D.3.2</b> | <i>Résultats par région administrative .....</i>                                  | <i>34</i> |
| <b>D.3.3</b> | <i>Résultats par dimension .....</i>  | <i>34</i> |
| <b>D.3.4</b> | <i>Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA).....</i>                    | <i>34</i> |
| <b>D.3.5</b> | <i>Performance des Centres de Santé / Hôpitaux Préfectoraux par DPS.....</i>      | <i>35</i> |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| D.3.6      | Facteurs de correction .....   | 35        |
| D.3.7      | Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking) .....   | 35        |
| <b>D.4</b> | <b>DIRECTIONS REGIONALES DE LA SANTE (DRS) .....</b>   | <b>36</b> |
| D.4.1      | Niveau de performance et classement .....  | 36        |
| D.4.2      | Résultats par dimension .....  | 36        |
| D.4.3      | Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA) .....   | 36        |
| D.4.4      | Performance des DPS et de l'Hôpital Régional par DRS .....   | 37        |
| D.4.5      | Facteurs de correction .....   | 37        |
| D.4.6      | Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking) .....   | 37        |
| <b>D.5</b> | <b>PLANS D'AMELIORATION .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>E.</b>  | <b>EVALUATION INTERNE DE L'APPROCHE.....</b>   | <b>38</b> |
| E.1        | FORCES / FAIBLESSES / POTENTIALITES / RISQUES.....   | 38        |
| E.2        | LES ELEMENTS DE SUCCES .....   | 43        |
| <b>F.</b>  | <b>PERSPECTIVES DU CONCOURS QUALITE.....</b>   | <b>46</b> |
| F.1        | L'AMELIORATION DE LA DEMARCHE ET L'EVALUATION EXTERNE .....  | 46        |
| F.2        | LA POSSIBILITE TECHNIQUE D'ELARGIR ET DE REPETER LE CONCOURS QUALITE .....   | 46        |
| F.3        | LE CHRONOGRAMME D'UN CONCOURS QUALITE NATIONAL .....   | 47        |
| F.4        | LES COUTS ESTIMATIFS D'UN CONCOURS QUALITE NATIONAL .....  | 48        |
| F.5        | LES IMPLICATIONS INSTITUTIONNELLES DE LA PERENNISATION DU CONCOURS QUALITE .....   | 50        |
| F.6        | L'UTILISATION DE LA PERFORMANCE EN QUALITE DE PROCESSUS COMME CRITERE<br>D'ALLOCATION DES RESSOURCES .....                                       | 51        |
| F.7        | LE CONCOURS QUALITE COMME OUTIL DE COORDINATION DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE<br>ET LA CREATION D'UN « FOND D'INVESTISSEMENT CONCOURS QUALITE »..... | 51        |
| <b>G.</b>  | <b>ANNEXES.....</b>  | <b>53</b> |
| G.1        | QUESTIONS .....  | 53        |
| G.1.1      | Questions Centres de Santé.....  | 53        |
| G.1.2      | Questions Hôpitaux.....  | 53        |
| G.1.3      | Questions DRS.....   | 53        |
| G.1.4      | Questions DPS.....   | 53        |
| G.2        | PLANS D'AMELIORATION .....   | 53        |
| G.2.1      | Plans d'amélioration Centres de Santé.....   | 53        |
| G.2.2      | Plans d'amélioration Hôpitaux.....   | 53        |
| G.2.3      | Plans d'amélioration DRS .....   | 53        |
| G.2.4      | Plans d'amélioration DPS .....   | 53        |

# A. Contexte du Concours Qualité

## A.1 Situation géographique



Le Concours Qualité s'est déroulé essentiellement dans la zone d'intervention du Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS/GTZ). Cette zone touche trois régions de la Guinée présentées ci après :

### Moyenne Guinée

La moyenne Guinée occupe 20% de la superficie totale du pays. C'est une région de montagnes et de plateaux, son relief culmine au mont Loura (Mali) à 1.538 m. Ce massif est fortement entaillé par les vallées avec des plaines et dépressions intérieures. Les sols fortement dégradés sont progressivement remplacés par des bowé, ce qui rétrécit l'étendue des terres agricoles. Les nombreux cours d'eau qui y prennent leur source font de cette région le Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest.

Ces cours d'eau sont enfermés dans des vallées encaissées d'où l'éroitesse des plaines qui les longent, entraînant, de ce fait, des difficultés de leur aménagement hydro – agricole. Le climat tropical y est modifié en microclimat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturage, d'agrumes et de jardins potagers.

De nos jours, la dégradation du milieu a poussé les éleveurs à étendre la transhumance jusqu'à la Basse Guinée (Boké, Boffa et Forécariah), alors qu'au

départ elle était pratiquée entre les hauts plateaux en saison pluvieuse et les dépressions en saison sèche.

Cette région est entre autres caractérisée par un relief montagneux avec une grande dégradation de son écosystème.

Ces caractéristiques font que la population est éparsée, les villages difficilement accessibles, les données économiques disponibles montrent que la prévalence de la pauvreté est assez élevée.

### **Haute Guinée**

La Haute Guinée occupe 40% de la superficie du pays. C'est la zone de la savane qui fait partie d'une unité géographique morphologiquement et climatiquement très étendue. C'est une région de savane et de plateaux ; le Niger et ses affluents y ont détaillé des plaines humides en terrasse très favorables à la riziculture inondée.

De point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1.200 et 1.800 mm par an. La saison sèche est plus longue (7 à 8 mois) et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année. Les maxima dépassent parfois 40°C en Mars - Avril. La végétation est jalonnée par des minces galeries forestières.

Malgré l'existence de vastes plaines fluviales rizi cultivables, la Haute Guinée n'a pas une agriculture prospère à cause des épisodes de sécheresses fréquentes et de l'infestation de la vallée de certains cours d'eau par des simuliés, vecteurs de l'Onchocercose (vallée de Tinkisso).

Elle est, par contre, une zone privilégiée de pêche fluviale et favorable à l'élevage. L'exploitation de l'or et du diamant est une activité traditionnelle des populations de cette région.

La densité de la population est très faible, plus de 60% de la population vivent au dessous du seuil de pauvreté monétaire.

Ces facteurs sont peu favorables, et ce en dépit de la volonté politique d'améliorer l'accès des services de base à travers la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté au développement d'un système de santé.

### **Basse Guinée ou Guinée Maritime**

Cette région occupe les 18% de la superficie du pays et constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières.

Située dans la partie ouest du pays, elle est large de 150 km et s'étale le long de l'Océan Atlantique sur environ 300 km de côte. Elle couvre près de 44 000 km<sup>2</sup>.

Son climat est influencé par la mousson, alizé maritime qui apporte une abondante précipitation sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1.800 mm, atteignant 3.000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année.

La région est arrosée par de nombreux cours d'eau issus des versants occidentaux des massifs foutaniens.

Ces cours d'eau drainent sur la côte de larges plaines rizi cultivables, tandis qu'ils offrent d'importantes potentialités énergétiques plus en amont. Le sous-sol est riche en gisements de bauxite dont l'exploitation a donné naissance à de grandes sociétés industrielles telles que : FRIGUIA, la Compagnie des Bauxites de Guinée (CBG) et la Société des Bauxites de Kindia (SBK).

A cause de ses précipitations abondantes, la Basse Guinée est le domaine par excellence des cultures vivrières et des cultures commerciales (bananes et ananas). La proximité de l'Océan Atlantique favorise la pêche artisanale et l'aménagement de grands ports commerciaux et miniers (Conakry et Kamsar), en plus de nombreux débarcadères tous au long de la côte. Ces énormes atouts de développement dont dispose cette région sont cependant très peu exploités.

## A.2 Système de santé de la zone du Concours

Le système de santé est subdivisé en structures de soins et de gestion. **Les services de soins** sont organisés de façon pyramidale et comportent de bas en haut : les Postes de santé localisés dans les villages et districts, les Centres de santé aux chefs lieux des sous-préfectures et dans les centres urbains, les Hôpitaux préfectoraux aux chefs lieux des préfectures et les Hôpitaux régionaux aux chefs lieux de chaque région administrative.

Tableau 1 : Structures de soins de la zone PSS

| Préfectures et Régions   | Centres de santé | Postes de santé | Hôpitaux Préfectoraux | Hôpitaux Régionaux |
|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| Dabola                   | 9                | 5               | 1                     | 0                  |
| Dinguiraye               | 8                | 6               | 1                     | 0                  |
| Faranah                  | 12               | 7               | 0                     | 1                  |
| <b>Région de Faranah</b> | <b>29</b>        | <b>32</b>       | <b>3</b>              | <b>1</b>           |
| Koubia                   | 6                | 4               | 1                     | 0                  |
| Labé                     | 17               | 20              | 0                     | 1                  |
| Lélouma                  | 11               | 9               | 1                     | 0                  |
| Mali                     | 13               | 17              | 1                     | 0                  |
| Tougué                   | 10               | 7               | 1*                    | 0                  |
| <b>Région de Labé</b>    | <b>57</b>        | <b>57</b>       | <b>4</b>              | <b>1</b>           |
| Dalaba                   | 10               | 14              | 1                     | 0                  |
| Mamou                    | 15               | 8               | 0                     | 1                  |
| Pita                     | 12               | 14              | 1                     | 0                  |
| <b>Région de Mamou</b>   | <b>37</b>        | <b>36</b>       | <b>2</b>              | <b>1</b>           |
| Forécariah               | 9                | 14              | 1                     | 0                  |
| <b>Région de KINDIA</b>  | <b>9</b>         | <b>14</b>       | <b>1</b>              | <b>0</b>           |
| <b>TOTAL</b>             | <b>1 33</b>      |                 | <b>9</b>              | <b>3</b>           |

(\*) L'hôpital qui n'a pas participé au concours

Source ANNUAIRE STATISTIQUE 2000



**Les structures de gestion** sont calquées sur les subdivisions de l'administration territoriale. Au niveau de la région c'est la Direction Régionale de la Santé (DRS) et à la préfecture la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) qui est l'équivalent du District de la santé défini par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau 2 : Structures de gestion de la zone PSS

| Préfectures et Régions   | DPS       | DRS      |
|--------------------------|-----------|----------|
| Dabola                   | 1         |          |
| Dinguiraye               | 1         |          |
| Faranah                  | 1         |          |
| <b>Région de Faranah</b> | <b>3</b>  | <b>1</b> |
| Koumba                   | 1         | .        |
| Labé                     | 1         | .        |
| Lélouma                  | 1         |          |
| Mali                     | 1         |          |
| Tougué                   | 1         |          |
| <b>Région de Labé</b>    | <b>5</b>  | <b>1</b> |
| Dalaba                   | 1         |          |
| Mamou                    | 1         |          |
| Pita                     | 1         |          |
| <b>Région de Mamou</b>   | <b>3</b>  | <b>1</b> |
| Forecariah               | 1         |          |
| <b>Région de KINDIA</b>  | <b>1</b>  |          |
| <b>TOTAL</b>             | <b>12</b> | <b>3</b> |

Source ANNUAIRE STATISTIQUE 2000

Ont participé à cette première session du concours qualité :

- 102 Centres de santé
- 11 Hôpitaux régionaux et préfectoraux
- 12 Directions préfectorales de la santé
- 3 Directions Régionales de la santé.

Tableau 3 : Disponibilité des ressources humaines par catégorie professionnelle et par région /préfecture

| Récapitulatif des effectifs du personnel par région et par préfecture au 31 Décembre 2001 |              |          |          |              |           |           |           |          |          |            |              |           |            |
|---|--------------|----------|----------|--------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|--------------|-----------|------------|
| Lieu  | Hiérarchie A |          |          | Hiérarchie B |           |           |           |          |          | Hierar.C   | Contractuels |           | Total      |
|   | Médecins     | Bioch    | Pharm    | S.F.         | A.S       | T.S.P     | T.L       | P.P      | T.R      | A.T.S      | F/G salle    | Matrone   |            |
| Dabola  | 7            | 0        | 2        | 1            | 4         | 2         | 1         |          | 0        | 48         | 17           | 8         | 90         |
| Dinguiraye  | 9            | 0        | 1        | 2            | 9         | 0         | 3         | 1        | 0        | 41         | 5            | 3         | 74         |
| Faranah   | 15           | 2        | 1        | 5            | 14        | 2         | 1         | 0        | 0        | 68         | 27           | 20        | 155        |
| Kissidougou   | 11           | 1        | 2        | 8            | 40        | 7         | 6         | 3        | 0        | 85         | 18           | 19        | 200        |
| <b>Région de Faranah</b>  | <b>42</b>    | <b>3</b> | <b>6</b> | <b>16</b>    | <b>67</b> | <b>11</b> | <b>11</b> | <b>4</b> | <b>0</b> | <b>242</b> | <b>67</b>    | <b>50</b> | <b>519</b> |
| Kouibia   | 5            | 0        | 1        | 1            | 7         | 1         | 2         | 0        | 0        | 23         | 6            | 0         | 46         |
| Labé  | 24           | 0        | 5        | 6            | 18        | 3         | 7         | 1        | 0        | 140        | 8            | 0         | 212        |
| Lélouma   | 6            | 1        |          | 2            | 10        | 0         | 2         | 0        | 0        | 31         | 5            | 1         | 58         |
| Mali  | 8            | 1        | 1        | 3            | 16        | 0         | 0         | 0        | 0        | 32         | 5            | 6         | 72         |
| Tougué  | 6            | 2        | 1        | 2            | 13        | 0         | 1         | 0        | 0        | 44         | 5            | 0         | 74         |
| <b>Région de Labé</b>   | <b>49</b>    | <b>4</b> | <b>8</b> | <b>14</b>    | <b>64</b> | <b>4</b>  | <b>12</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>270</b> | <b>29</b>    | <b>7</b>  | <b>462</b> |
| Dalaba  | 8            | 4        | 3        | 2            | 12        | 3         | 5         | 0        | 0        | 49         | 3            | 5         | 94         |
| Mamou   | 16           | 1        | 2        | 2            | 17        | 4         | 7         | 1        | 0        | 76         | 12           | 3         | 141        |
| Pita  | 9            | 1        | 1        | 6            | 16        | 0         | 11        | 0        | 0        | 60         | 6            | 11        | 121        |
| <b>Région de Mamou</b>  | <b>33</b>    | <b>6</b> | <b>6</b> | <b>10</b>    | <b>45</b> | <b>7</b>  | <b>23</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>185</b> | <b>21</b>    | <b>19</b> | <b>356</b> |

Source ANNUAIRE STATISTIQUE 2000

Les ressources humaines semblent réparties de façon équitable entre les régions au regard de l'étendue, de la taille de la population et du nombre des formations sanitaires. Néanmoins il existe une disparité entre les zones urbaines et zones rurales à l'intérieur d'une même région.

### A.3 Cadre programmatique

La Guinée adhère pleinement à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires ainsi qu'aux différentes chartes issues des rencontres internationales (Sommet Mondial de l'Enfance 1990, Sommet Africain de l'OUA sur l'Enfance 1992, Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire de 1994). Après l'installation des soins de santé primaires, le gouvernement a organisé un forum en 1997 sur la santé et a décidé d'élaborer un programme de développement sanitaire.

La Guinée a développé l'approche "Paquet Minimum d'Activités (PMA)" et a adopté le système de recouvrement des coûts.

La mise en œuvre de certains projets et programmes verticaux a permis d'accroître tant soit peu l'efficacité des actions sanitaires.

Malgré tous ces efforts, des problèmes persistent, ayant trait à :

- l'insuffisance de coordination des interventions sanitaires due à leur inadéquation et au cadre institutionnel ;
- l'absence d'un organe formel de planification et de coordination de la politique de santé ;
- la vétusté et l'insuffisance des infrastructures et des équipements ;

- l'absence d'une véritable politique de développement des ressources humaines ;
- l'insuffisance du financement du système de santé ;
- la limite du processus de décentralisation ;
- la sous utilisation des services.

Il faut ajouter à cela, l'environnement économique peu favorable, caractérisé par la pauvreté, la forte croissance démographique (3.1% du taux d'accroissement annuel).

C'est dans ce contexte que le gouvernement a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire et le programme quinquennal 2003-2007. Les actions prioritaires sont bâties autour de cinq axes stratégiques qui sont :

- La lutte contre la maladie
- le développement de ressources humaines ;
- le renforcement institutionnel ;
- l'amélioration de l'accès aux services et de la qualité des soins y compris la recherche;
- la promotion de la santé.

Les interventions envisagées en rapport avec ces stratégies pour les années futures seront entre autres :

#### **La réforme hospitalière**

Cette réforme entamée en 1991 va se poursuivre sans relâche pour un renforcement continu dans la mise en œuvre de ses différents volets :

- Rénovation, extension et équipement des infrastructures ;
- Formation diversifiée et continue des cadres ;
- Amélioration du système d'information et de gestion pour l'identification des dysfonctionnements internes de chaque structure hospitalière. A cet égard, l'annuaire de gestion des hôpitaux est un outil précieux.
- La révision périodique de la carte hospitalière qui est une émanation de la carte sanitaire du pays.

#### **L'amélioration de l'accès aux services de santé**

Avec le taux d'accroissement actuel, la population va augmenter de manière significative. Ce qui appelle la mise en œuvre d'un plan de couverture conséquent du pays pour assurer l'accès de cette population aux services de soins.

Il importe alors d'augmenter la couverture en infrastructures par la construction d'hôpitaux, centres de santé, postes de santé pour assurer l'accès de tous aux services de santé.

#### **L'amélioration de la qualité des soins**

Cela se fera par :

- Le relèvement du plateau technique ;
- une meilleure hôtellerie ;
- l'amélioration des compétences par la formation continue ;
- l'équipement conséquent des structures de soins ;
- la poursuite et le renforcement du monitoring ;
- la maintenance ;
- la recherche essentielle en santé ;
- l'introduction des approches de la qualité dans les structures de santé.

### **Le développement des ressources humaines**

Les principales activités du plan concernent :

- La planification et la prévision des ressources humaines ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de recrutement tenant compte de l'évolution des structures sanitaires dont la construction est prévue ;
- la mise en place d'un nouveau système de formation continue ;
- la spécialisation des personnels de santé en fonction des besoins identifiés ;
- l'élaboration et la mise en place d'un système adéquat de motivation du personnel ;
- l'élaboration et la mise en place d'un véritable programme de redéploiement et de mutation rotatoire du personnel ;
- le transfert de compétence par un recours judicieux à l'assistance technique. ;
- l'adéquation formation – emploi.

### **LE PROJET SANTE ET LUTTE CONRE LE SIDA (PSS)**

La République de Guinée dans le cadre du partenariat avec la République Fédérale d'Allemagne a formulé une intervention qui s'insère dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie nationale définie par le Ministère de la Santé à l'horizon 2015. Ce programme vise des activités qui influenceront les problèmes prioritaires retenus lors de la phase d'identification qui se présente comme suit :

La situation politique de la Guinée est actuellement rendue difficile par la présence de réfugiés sierra léonais et libériens et la persistance de conflits armés dans plusieurs zones frontalières, notamment la région de Forécariah. La plupart de ces réfugiés ont pu bénéficier jusqu'à présent d'une couverture sanitaire organisée par la Direction Préfectorale de la Santé en coopération avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et avec le soutien du Programme National des Soins de Santé Primaires (PEV/SSP).

**Le système de santé guinéen est bien conçu et couvre presque tout le territoire national, mais n'en souffre pas moins d'un certain nombre de déficits graves : les responsables à tous les niveaux ne sont pas en mesure d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles et de contrôler les processus de délivrance de soins de façon à ce que l'ensemble de la population, et surtout les plus pauvres, aient pleinement accès aux services de santé de qualité.**

Les employés exploitent à leur profit les rouages administratifs et les processus de prestation de services, à tel point qu'à certains niveaux, les moyens financiers en circulation dans cette économie parallèle dépassent sans doute largement les moyens officiellement alloués. De surcroît, une grande partie du personnel médical et paramédical ne possède pas les connaissances de base nécessaires au bon exercice de la profession.

Le taux de prévalence du VIH au sein de la population totale est de 2,8 % avec des taux de plus en plus élevés dans la population active.

En dépit des efforts déployés par certains projets, programmes, organisations non gouvernementales, les activités dans les domaines de la lutte contre le sida, les maladies sexuellement transmissibles et la planification familiale, sont à renforcer.

Bien que le système de santé soit relativement performant en comparaison avec d'autres services publics guinéens, ses déficits font que la qualité des services est perçue comme médiocre par la population et qu'ils ne sont utilisés en moyenne

qu'environ 0,3 fois par an par chaque habitant. En raison des faiblesses du management, la coopération avec d'autres secteurs demeure exceptionnelle, alors qu'il serait urgent d'instaurer une coopération avec les secteurs de l'hygiène environnementale, de l'approvisionnement en eau potable et de la lutte contre le sida. La gestion des ressources humaines, encore peu développée dans les services de l'administration sanitaire, n'est guère en mesure d'empêcher les dérapages dans le comportement du personnel. Devant la sur tarification des consultations et des traitements, et devant la mauvaise qualité des soins, de très nombreux Guinéens ne sont pas en mesure, ou pas disposés à recourir aux services de santé.

L'approvisionnement des structures de santé en médicaments essentiels pose également des problèmes. Le système para-étatique d'approvisionnement au niveau national, à savoir la pharmacie centrale, est peu performante et ne peut livrer des médicaments qu'à des prix relativement élevés – quand il parvient à assurer les livraisons. La création d'un système suffisamment fiable, s'appuyant sur des pharmacies ou fournisseurs privés pour approvisionner les services de santé publics, paraît peu réaliste en l'état actuel des choses. Alors, les centres de santé connaissent de manière intermittente des ruptures dans leurs stocks de médicaments essentiels, soit du fait d'une mauvaise gestion, soit en raison de pénuries provoquées délibérément pour créer des sources de profit personnel.

Face à cette situation de base, le Gouvernement Guinéen et la GTZ ont élaboré le Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS/GTZ) dont l'objectif est :

### **Le système de santé contribue plus efficacement à l'approvisionnement de la population en services sociaux de base.**

Les objectifs spécifiques sont :

- Le taux d'utilisation des services curatifs encadrés par le programme atteint au moins une moyenne de 0,5 contact par habitant et par an à la fin de la phase en cours.
- Des formes de coopération intersectorielle sont introduites et testées à tous les niveaux du système de santé.
- Le taux de vaccination des enfants âgés de moins d'un an atteint au moins 75 % en 2003 dans les zones encadrées par le programme.

### **Composantes du programme**

La structure de l'intervention est axée autour de cinq (5) volets pour l'atteinte des objectifs définis à partir de la situation Problématique.

**VOLET QUALITE** : les activités de ce volet seront orientées vers la mise en place d'un système d'amélioration de la qualité de soins et services

**VOLET FORMATION** : pour le renforcement continu des compétences du personnel à tous les niveaux de la pyramide

**VOLET MANAGEMENT** : qui visera, l'élaboration des plans d'action, le renforcement des capacités de suivi et d'évaluation, la mise en place d'un système

de maintenance, le renforcement du système d'information sanitaire et l'appui au fonctionnement.

**VOLET PARTENARIAT** : qui orientera ses actions vers le renforcement du partenariat entre les services de santé et les communautés

**VOLET LUTTE CONTRE LE SIDA** : qui portera sur la réduction de la transmission du VIH et la Prise en charge des cas dans la zone d'intervention du Programme

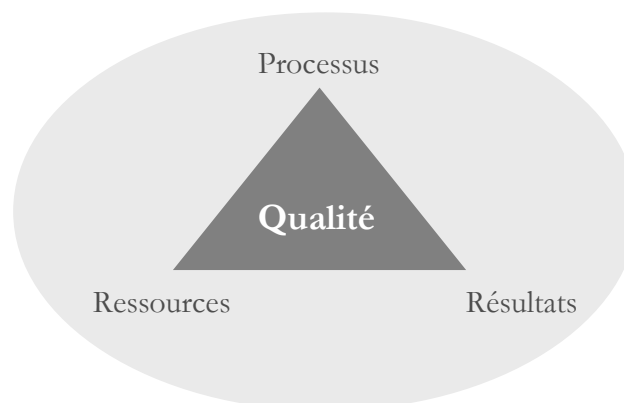
Ces composantes sont fortement reliées les unes aux autres. La composante qualité est transversale, ainsi le volet management et qualité ont conjugué leurs efforts pour utiliser la démarche qualité pour apprécier et appuyer de façon rigoureuse et rationnelle le niveau des prestations de soins et de services réalisées dans les structures de soins et de gestion de la zone d'intervention du Programme Santé et Lutte contre le sida.

Le PSS couvre géographiquement le tiers du pays en superficie et une population de 2.666.500 habitants (2003) ce qui représente environ le tiers de la population du pays.

#### A.4 La perception de la qualité sur le terrain

Selon E. W. Deming, la qualité « **c'est bien faire ce qu'il faut à l'instant même** » c'est-à-dire, respecter les normes et maîtriser les processus. La gestion de la qualité passe nécessairement par une vision systémique qui repose sur le triangle « **Ressources, Processus, Résultats** ».

Graphique 1 : Piliers de la Qualité

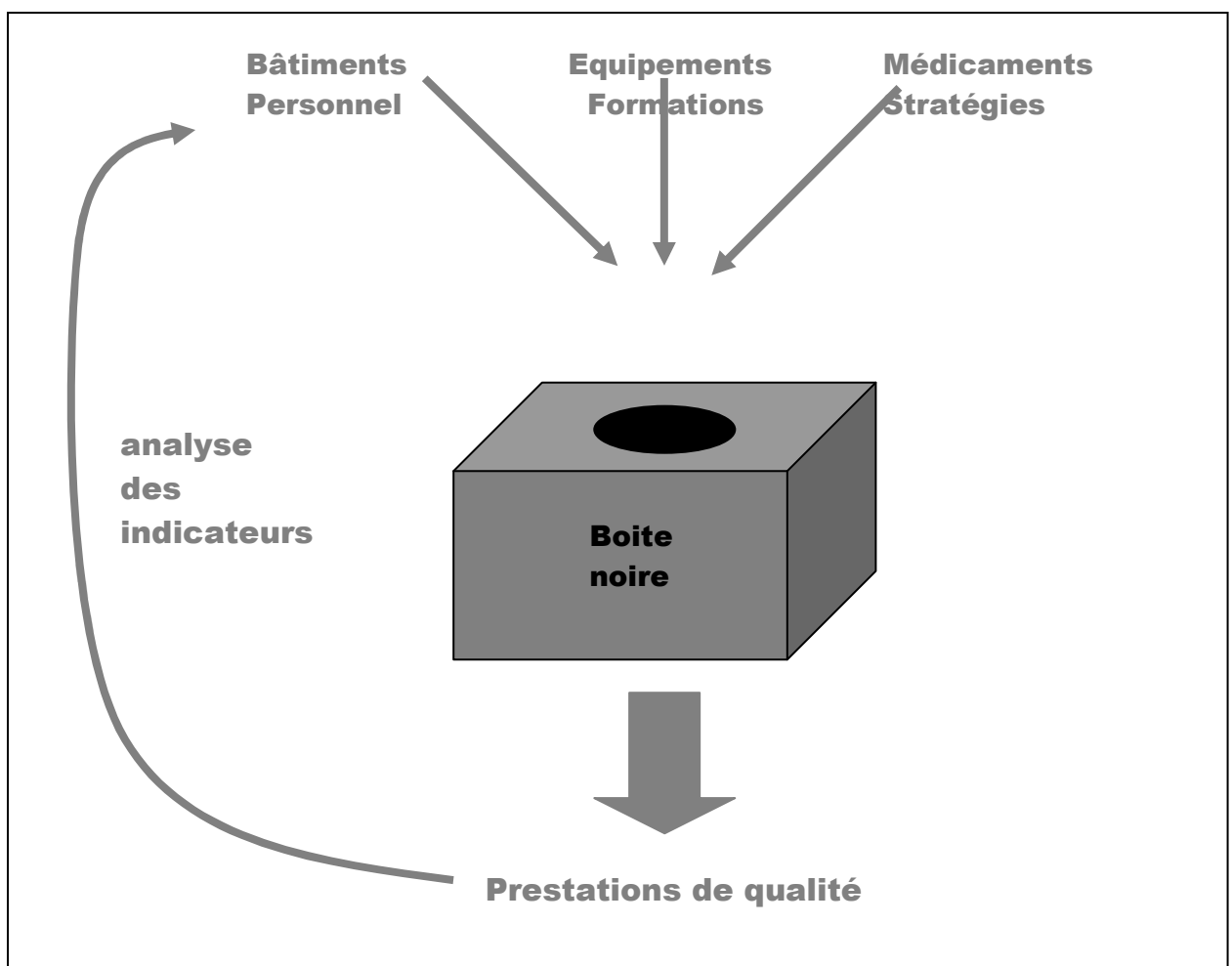


Pendant que la qualité repose sur ces trois piliers, la méconnaissance sur le terrain, du rôle des processus, entraîne « **un court - circuit** » au niveau du triangle. De façon erronée, la majorité des prestataires croient que l'abondance des ressources mène systématiquement aux bons résultats.

L'image de « **la boîte noire** » illustre bien cette perception déformée de la qualité. En mettant ensemble dans « la boîte noire » personnel formé, suffisamment d'argent, infrastructures neuves, équipements neufs et produits pharmaceutiques, on pense qu'on obtient automatiquement des soins de santé de qualité et par conséquent une amélioration de la santé de la population.

Les prestations présumées de qualité qui sortent de cette boîte sont décrites à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et analysés seulement par rapport aux intrants sans éclairer les processus à l'intérieur de la boîte noire. Ainsi on ne peut obtenir d'une façon systématique des prestations de qualité sans maîtrise des processus.

Graphique 2 : La boîte noire



**Exemple :** Le taux de disponibilité de médicaments est exprimé en pourcentage (%). Si ce taux est faible, les causes identifiées sont souvent un manque d'argent pour passer la commande, une rupture de stock au niveau du fournisseur ou un manque de formation en gestion du pharmacien. Les constats peuvent être résumés par l'exclamation : « **On n'a pas les moyens !** »

Dans ce cas les activités d'amélioration proposées peuvent être l'achat d'un ordinateur pour l'informatisation de la gestion des médicaments, une formation en

informatique et gestion de stock, l'allocation d'un fonds pour l'achat des médicaments. Toutes ces activités proposées visent les ressources (intrants). Rarement on se penche sur les événements à l'intérieur de la boîte alors que l'analyse des interactions entre intrants et procédures dans la boîte noire aurait permis à la structure d'améliorer la disponibilité sans jouer seulement sur les intrants. Le processus en tant qu'élément essentiel du système de qualité n'est pas souvent maîtrisé et documenté.

Une autre réalité du terrain est que les prestataires pensent que l'on peut offrir des services de qualité sans la prise en compte des besoins et attentes des clients.

## B. Objectifs du Concours Qualité

Depuis la revue de Dalaba en février 2000, la qualité des soins et services est définie comme une priorité du Ministère de la Santé Publique (MSP). En 2001, elle a été inscrite comme stratégie d'amélioration de l'utilisation des structures de santé dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

C'est dans l'optique d'augmenter la satisfaction des clients internes et externes que le Ministère de la Santé Publique (MSP), avec l'appui de la GTZ, a initié dans la zone d'intervention du Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS), le « Concours Qualité » dont les objectifs sont les suivants :

### **Objectif général**

- Améliorer la qualité de la gestion et des soins dans les structures de santé afin d'accroître leur utilisation.

### **Objectifs à court terme**

- Inculquer la culture qualité aux structures de santé (travail d'équipe, responsabilisation à la base, maîtrise des outils et méthodes de gestion de la qualité, évaluation par les pairs, rétro – information, benchmarking, etc.) ;
- Améliorer les performances du personnel par l'application des normes et des procédures existantes ;
- Accroître les compétences techniques des agents par des formations ciblées ;
- 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 de la qualité ;
- Allouer les ressources en fonction de l'amélioration de la qualité (« l'argent suit la qualité ») ;
- Stimuler l'intérêt des structures à connaître et à appliquer les outils et les méthodes du management de la qualité,
- Développer un modèle à étendre à tout le système de santé du pays.



**Objectifs à moyen terme**

- Attirer des financements pour les structures de santé (« Fonds d'Investissement Concours Qualité ») ;
- Permettre au pays d'avoir une approche d'amélioration continue de la qualité exportable dans la sous – région.

## C. Méthodologie

### C.1 Cadre conceptuel

La qualité est un concept multi – dimensionnel, difficile à définir car elle varie selon la perception des acteurs. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité « **c'est l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûres et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité et l'invalidité, en fonction des besoins du client** ». Cette définition met à la fois l'accent sur les normes, les procédures, l'accessibilité, les besoins du client et les résultats.

Dans son fondement, le « **Concours Qualité** » s'est inspiré des grands courants du management de la qualité (**TQM, EFQM, KTQ**) et a adapté certaines dimensions aux réalités du terrain. Il s'agit des dimensions telles que :

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

En fonction du contexte, il a été défini des dimensions qui tiennent compte des spécificités des systèmes de santé d'un pays en voie de développement :

- **La cogestion / la participation communautaire,**
- **La fonctionnalité du district sanitaire,**
- **Le comportement économique.**

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

La fonctionnalité du district sanitaire prend en compte la coordination (niveaux, partenaires), la continuité des soins et des services, la définition claire des canaux de communication, les références et contre références, les supervisions, le monitoring, etc..

Le comportement économique met l'accent sur l'utilisation rationnelle des ressources (efficacité, efficience).

Ces dimensions au nombre de six (6) dont l'importance est basée sur les problèmes prioritaires actuels, sont des ensembles d'activités dont la réalisation, dans les normes pré établies, garantit une satisfaction des acteurs (prestataires, usagers, administrations et partenaires au développement) du système de santé.

Tableau 4 : Les dimensions des structures de soins

|   | Pondération de la dimension |         |
|---|-----------------------------|---------|
|   | Centre de Santé             | Hôpital |
| <b>1. Cogestion / Participation communautaire</b> | 25,9 %                      | 13%     |
| <b>2. Amélioration continue</b>                   | 15,3 %                      | 33%     |
| <b>3. Satisfaction clients</b>                    | 13,2 %                      | 11%     |
| <b>4. Compétence technique</b>                    | 12,2 %                      | 15%     |
| <b>5. Comportement économique</b>                 | 18 %                        | 15%     |
| <b>6. Accessibilité / Disponibilité</b>           | 15,4 %                      | 13%     |
|   | 100 %                       | 100%    |

Tableau 5 : Les dimensions des structures de gestion

|                                      | Pondération de la dimension              |                                       |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
|                                      | Direction Préfectorale de la Santé (DPS) | Direction Régionale de la Santé (DRS) |
| <b>1. Fonctionnalité de District</b> | 32%                                      | 36%                                   |
| <b>2. Amélioration continue</b>      | 21%                                      | 15%                                   |
| <b>3. Satisfaction clients</b>       | 9%                                       | 10%                                   |
| <b>4. Compétence technique</b>       | 12%                                      | 12%                                   |
| <b>5. Comportement économique</b>    | 20%                                      | 18%                                   |
| <b>6. Disponibilité du personnel</b> | 6%                                       | 9%                                    |
|                                      | 100%                                     | 100%                                  |

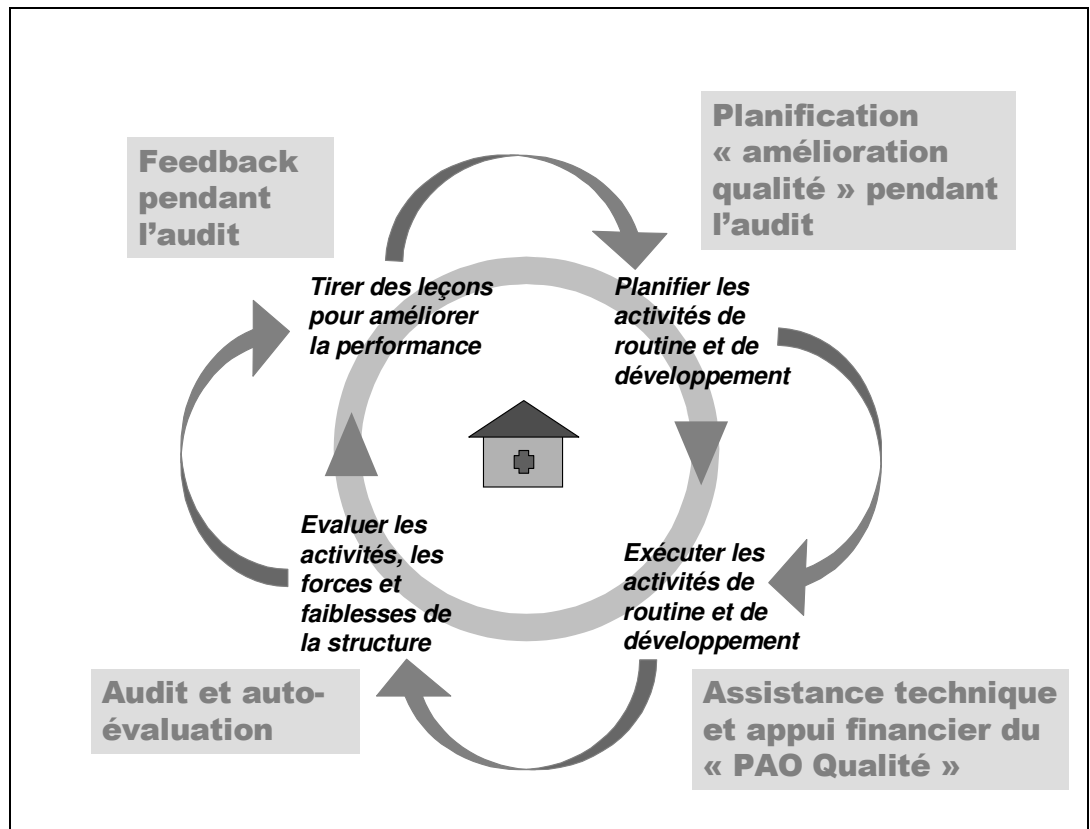
Chaque dimension a été subdivisée en plusieurs aspects qui sont les situations souhaitées au sein de la structure. Chaque aspect comprend des critères qui sont des activités dont la réalisation est vérifiée à l'aide de questions ouvertes en suivant la logique de la roue de la qualité – Plan, Do, Check, Act, - (PDCA) ou planifier exécuter, évaluer, réagir.

Le concours a mis l'accent sur les processus en partant du postulat qu'il est toujours possible d'améliorer les résultats d'une organisation en examinant de façon méthodique le fonctionnement des processus et ceci de manière cyclique comme dans le cycle PDCA.

Le concours, par le respect des normes et standards qui existent, le travail d'équipe qu'il favorise, l'esprit d'auto – évaluation qu'il crée et la compétition qu'il développe, renforce la réflexion orientée vers les problèmes prioritaires et leur résolution et prédestine au dépassement et à l'excellence.

Le schéma descriptif du Concours Qualité peut se présenter comme suit :

Graphique 3 : Schéma de Concours Qualité



A l'intérieur du cercle c'est la structure; sur le cercle ce sont les activités de la structure, en dehors du cercle ce sont les appuis du concours à la structure.

Des prix seront attribués au meilleur tiers des participants par niveau. Une attestation de participation sera remise à chaque participant et à chaque auditeur. Néanmoins le résultat le plus important pour les participants est le **Plan d'Amélioration**.

En équipe avec les cadres du niveau central, les acteurs du niveau opérationnel (DRS, DPS, DG, DH, chefs de centres de santé), le Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS) a conçu les guides d'auto – évaluation ainsi que les guides d'analyse et d'audit.

Les questions du guide d'auto évaluation ont été testées dans les régions de Kankan, Boké et N'zérékoré. Le guide d'analyse et d'audit quant à lui a été amendé par le niveau central qui a attribué un coefficient aux différentes questions. Ces coefficients varient de un (1) à deux (2).

Tableau 6 : Exemple de la Structure du Questionnaire d'auto évaluation

| Dimensions de la Qualité              | Aspects de la Qualité   | Critères de la Question  |  |   |  |
|---------------------------------------|---|--|--|---|--|
|                                       |   | Planifier  | Exécuter   | Evaluer   | Réagir   |
| <b>1. Fonctionnalité de la région</b> | 1.1   |  |  |   |  |
|                                       | <b>La supervision des districts est fonctionnelle</b>                   | Comment est planifiée la supervision des districts ?               | Comment avez – vous exécuté votre dernier programme de supervision ?                       | Quels sont les principaux problèmes identifiés lors de la dernière supervision ?  | Comment les améliorations ont – elles été capitalisées   |
|                                       | 1.2   |  |  |   |  |
|                                       | <b>La communication entre DRS et DPS est fonctionnelle</b>              | Quelle est la nature des informations que la DRS passent aux DPS ? | Quelles sont les informations que vous avez reçues des DPS au cours du trimestre dernier ? | Quelles sont les décisions que vous avez eu à prendre au cours du dernier trimestre sur la base des informations reçues des DPS ? | Quels sont les problèmes à influencer au cours du semestre à venir ?   |
| <b>2. Amélioration continue</b>       | 2.1   |  |  |   |  |
|                                       | <b>Les mécanismes d'identification des faiblesses sont fonctionnels</b> | Comment a été programmé le dernier CTRS ?                          | Comment a été organisé le dernier CTRS ?   | Quels sont les problèmes identifiés lors du dernier CTRS ?  | Quelles sont les mesures mises en œuvre pour corriger les faiblesses et renforcer les acquis dans le cadre du CTRS ? |

L'inscription au « Concours Qualité » est volontaire et est ouverte aux structures sanitaires de la zone du Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS).

## C.2 Opérationnalisation du concept

L'introduction du concept de management de la qualité dans les Directions Régionales, Préfectorales, Hôpitaux et Centres de Santé de la zone d'intervention du Programme Santé et Lutte contre le Sida (PSS) a été facilitée par la structure pyramidale du système de santé et par les types de structures (gestion et soins). Cette structure pyramidale a permis de montrer l'importance de la continuité de la gestion de la qualité entre les différents niveaux (Centre de Santé, DPS, DRS).

L'évaluation des structures a été effectuée à partir des guides d'auto – évaluation.

Le processus d'analyse de l'auto évaluation et de l'audit a commencé par la formation de trente deux analystes et auditeurs venus du Ministère de la Santé Publique (MSP) et des autres régions du pays (pairs évaluateurs). Cette formation a été assurée par les assistants techniques du PSS et a duré six (6) jours.

La technique d'attribution des scores a été inspirée de l'approche « KTQ » (voir tableau ci –dessous)

Tableau 7 : Définition des scores

| Score    | Explication  |                  |
|----------|--|------------------|
| <b>0</b> | Demands et Attentes ne sont pas satisfaites. Pas d'efforts, seulement des excuses                | <b>0 – 20%</b>   |
| <b>1</b> | Demands et Attentes pas vraiment satisfaites. Quelques efforts pour changer la situation         | <b>21 – 40%</b>  |
| <b>2</b> | Demands et Attentes sont satisfaites de façon minimale, acceptable avec un standard minimum      | <b>41 - 60%</b>  |
| <b>3</b> | Demands et Attentes satisfaites en majorité. Effort visible d'améliorer davantage dans l'avenir. | <b>61 – 95%</b>  |
| <b>4</b> | Demands et Attentes satisfaites. Le niveau élevé d'attente satisfait est maintenu                | <b>96 – 100%</b> |

Ce tableau permet de voir les correspondances entre le score (0 à 4) et le pourcentage de réalisation de l'activité par rapport aux attentes.

Il convient de noter que le score attribué par l'analyste est corrigé par celui de l'auditeur qui a vérifié sur le terrain la conformité des déclarations. L'ensemble de ces scores a été saisi dans une application informatique conçue à cet effet.

Cette application permet d'obtenir :

- Le classement général par niveau de structure (DRS, DPS, Hôpitaux, Centres de Santé) ;
- Le classement selon la roue de la qualité (PDCA) ;
- Le classement selon la localisation (urbain, rural) ;
- Le classement par région (Faranah, Mamou, Labé) ;
- Le classement par dimension.

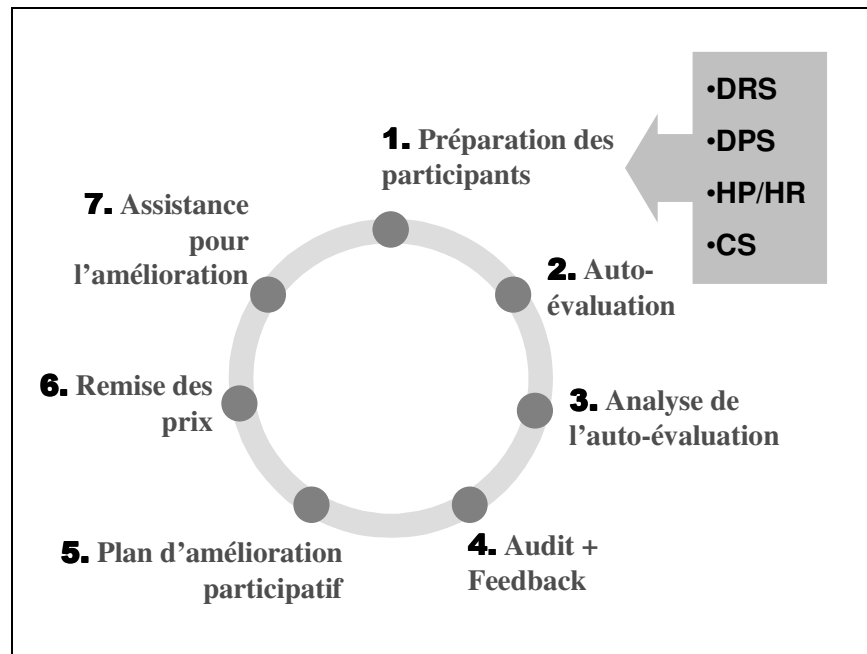
Avant le lancement, le concours a été présenté aux cadres du Ministère de la Santé et aux partenaires.

Le lancement du concours a eu officiellement lieu le 16 juillet 2003 à Mamou.

### C.3 Déroulement du Concours

Le schéma suivant montre les différentes étapes du déroulement du Concours Qualité.

Graphique 4 : Déroulement du Concours Qualité



#### C.3.1 Préparation des participants au Concours

Les DRS, DPS et Directeurs d'hôpitaux ont été sensibilisés, au cours d'un atelier tenu à Dalaba en novembre 2002, sur l'approche qualité, la démarche, les objectifs du concours qualité, l'interaction entre le concours et les outils existants (Supervision, Monitoring, PEH, COPE, etc.). A cette occasion le document de base de l'approche contenant les critères d'évaluation et un dépliant ont été distribués pour de plus amples informations.

Là, il a été notifié à tout le monde que la participation au concours est volontaire. Enfin, les assistants techniques du programme ont organisé une tournée dans tous les Chefs lieux des préfectures ou les Chefs de Centres ont été regroupés pour apprécier le niveau de préparation de tous les candidats et renforcer la sensibilisation sur les concepts qualité et les étapes du déroulement du concours. En plus des fonds ont été mis à disposition par le PSS pour les activités programmées dans les préparatifs du Concours au niveau des districts sanitaires. Ainsi les conditions de participation ont été créées pour une participation active des candidats.

#### C.3.2 Auto évaluation

Après le lancement officiel du concours, les documents d'auto évaluation contenant les questions ouvertes ont été remis aux DRS qui avaient la mission de les distribuer à toutes les structures candidates.

La phase d'auto évaluation qui a duré un (1) mois a fait l'objet d'un travail d'équipe entre le personnel des structures et les représentants des communautés. Etant entendu que pour chaque question, il a été indiqué la personne ou le groupe de personnes qui devraient y répondre.

Les participants étaient responsables de retourner les questionnaires d'auto évaluation remplis au bureau du PSS à Mamou au plus tard à la date limite fixée.

Tout document reçu après cette date a été éliminé du classement. Ceci a été le cas pour trois Centres de Santé. Il a été noté que deux Centres de Santé n'ont pas déposé leur questionnaire.

### C.3.3 Analyse des résultats de l'auto évaluation

Le processus d'analyse de l'auto évaluation et de l'audit a commencé par la formation de trente deux analystes et auditeurs, venus du Ministère de la Santé Publique (MSP) et des autres régions du pays (pairs évaluateurs). Cette formation a été assurée par les assistants techniques du PSS pendant six jours à savoir trois jours de formation théorique et trois jours de formation pratique qui ont consisté à analyser et attribuer en équipe des scores sur les premiers questionnaires arrivés.

Pendant ce temps, l'équipe d'appui (logistique, secrétariat, radio) du PSS Mamou a assuré la réception et l'enregistrement des documents d'auto évaluation.

Après la réception des documents d'auto évaluation, la phase d'analyse a duré trois semaines. Au cours des premières journées et dans un souci d'harmonisation du système d'attribution des scores, elle a été faite collectivement par l'ensemble des participants. Par la suite les travaux d'analyse ont été faits en équipe de deux (2). Certaines questions, identifiées comme questions d'excellence par le département de la santé ont bénéficié d'un coefficient multiplicateur de deux (2).

Les scores ont varié de 0 à 4 selon le niveau d'atteinte des attentes. A la fin de chaque journée, une réunion s'est tenue pour évaluer les activités de la journée.

### C.3.4 L'audit et plan d'amélioration

L'audit a été réalisé par huit (8) équipes multi – disciplinaires comprenant chacune au moins quatre (4) membres dont au moins un pair évaluateur venu d'une autre région, un cadre du niveau central, un Assistant Technique et un Représentant de la Communauté. Les équipes étaient dirigées par un chef auditeur. L'audit a porté sur 40 questions choisies dans le document d'auto évaluation. Ces questions proviennent de toutes les dimensions et représentent des questions clés.

L'affectation des équipes d'audit s'est faite par niveau de structures.

Equipe N° 1 : DRS et DPS (15 structures) ;

Equipe N° 2 : Hôpitaux régionaux et préfectoraux (11 structures) ;

Equipe N° 3 à N° 8 : Centres de santé (102 structures).

Au début de chaque journée de travail l'équipe d'audit rendait une visite de courtoisie aux autorités locales pour les informer de l'objet de sa mission.

L'objectif de l'audit a été certes de vérifier la conformité des déclarations faites dans le document d'auto évaluation mais aussi d'élaborer le plan d'amélioration consensuel que la structure s'engage à mettre en œuvre avec l'appui technique et financier des partenaires. Chaque structure a été visitée par une équipe d'audit pendant une journée au cours de laquelle l'équipe s'est répartie les tâches en fonction des spécialités et compétences. Après deux ou trois heures d'investigation

dans les différents services, l'équipe se retrouve pour la synthèse et l'attribution des scores d'audit.

La journée se termine par une assemblée générale qui réunit l'ensemble du personnel avec leur tutelle rapprochée, les représentants de la communauté et les auditeurs pour discuter des résultats et élaborer un plan d'amélioration en rapport avec les potentiels d'amélioration (faiblesses) identifiés.

#### C.3.5 Appui technique et suivi

Le Programme Santé et lutte contre le Sida (PSS/GTZ) va appuyer les Plans d'amélioration des participants à travers des formations regroupées, des visites de terrain, des conseils et par une assistance financière. D'autres partenaires pourront aussi appuyer ces plans d'amélioration. Le prochain Concours Qualité évaluera la mise en œuvre des plans d'amélioration.

### **C.4 Saisie et traitement des données**

Pour faciliter la saisie, le traitement et l'analyse des données du Concours une application informatique appelée CQ<sup>pro</sup> a été développée. Cette application comporte deux parties :

- La partie de traitement des données
- La partie de l'analyse des données

Les logiciels Epi Info (version 6) et Excel ont été utilisés ensemble pour concevoir l'application. La saisie des données a été faite sur Epi Info et l'analyse sur Excel.

#### **EPI INFO**

- Le logiciel Epi Info est conçu pour être utilisé en Santé Communautaire
- Il est composé d'une série de logiciels pour les études, les statistiques simples, la saisie des données, le contrôle des données, l'analyse des données, la création des questionnaires et la rédaction des rapports
- Il est facile à acquérir et il n'y a pas de restriction d'utilisation
- Le logiciel dispose d'une bonne capacité en manipulation des données ; plus de 300 variables et plus de 1,5 millions de registres peuvent être traités
- Le logiciel marche sur MS DOS, ce qui le permet d'utiliser directement le disque dur et d'optimiser ainsi la vitesse du processeur
- Les fichiers créés en Epi Info peuvent être utilisés par d'autres logiciels comme SPSS, dBase, FoxPro ou Excel

#### **EXCEL**

- Il s'agit d'un logiciel multi-tâches
- Il dispose d'une bonne capacité en traitement de données
- Il dispose des bonnes capacités de création de rapports (exemple : tableaux dynamiques)
- Des graphiques et tableaux présentables peuvent être créés facilement
- Il est disponible sur presque chaque ordinateur qui utilise Microsoft Office



## STRUCTURE DE LA BASE DE DONNEES

La base de données fonctionne d'une façon relationnelle. Pour chaque type de questionnaire une base de données a été créée. Les bases de données ont été créées pour :

- Rassembler les informations générales (code, nom, région, préfecture)
- Rassembler les informations sur les dimensions (nom, code)
- Rassembler les informations sur les aspects, les critères, les étapes de la roue de qualité
- Rassembler les informations sur les scores (auto évaluation et audit)

Toutes les bases de données ont été liées à travers des champs communs pour permettre d'accéder à toutes les variables pendant l'analyse.

### Exemple :

Si l'on prend la structure de base de données pour les CS, la base de données sur l'information générale est liée à la base de données des dimensions à travers le champs d'identification du CS (NUMCS). La base de données des dimensions est aussi liée à celle des aspects, des critères, des codes de questions à travers les champs d'identification des dimensions (NUMDIM). De la même manière la base de données des aspects est liée à la base de données des scores à travers le champs d'identification des aspects (NUMASP).

*N.B. : Pour plus d'information sur la construction et l'utilisation de l'application, les types de champs utilisés pour chaque base de données et les noms des variables, leur largeur, voir le manuel d'utilisateur CQ<sup>pro</sup>.*

## SAISIE DES DONNEES

La saisie des données et l'attribution de tous les scores (auto évaluation et audit) aux questionnaires de toutes les structures sanitaires ont été faites simultanément. La saisie des données des scores de l'analyse et de l'audit a duré environ un mois.

Avant la saisie des données les bases de données ont été testées intensément pour vérifier leur capacité de détection d'erreurs. Sur le plan technique beaucoup d'efforts ont été déployés pour garantir la qualité des données. Ceci dans le but d'obtenir des résultats fiables. Les types d'erreurs qui pourraient apparaître dans une telle banque de données sont les suivant :

- Erreur de transposition – 39 devient 93
- Erreur de codification – pendant la codification du programme
- Erreur de routing – intervieweur a posé la mauvaise question en ordre inversé
- Erreur de copie – 6 comme 0, 0 comme o, 1 comme l, etc.
- Erreur d'inconsistance – conflit entre réponse et question
- Erreur de gamme – réponse hors gamme

Quatre méthodes ont été utilisées pour tester les erreurs de la base de données ci dessus énumérées :

- Test manuel
- Test interactif

- Test automatique
- Système de double entrée

*N.B. : Les détails figurent dans le manuel CQ pro*

## PROCEDURE DE SAISIE

Chaque questionnaire a été codifié avant la saisie. Ce code représente la seule identification des questionnaires. De la même manière les dimensions et aspects ont été codifiés. Après cette codification les scores ont été saisis. Le programme a été validé seulement pour accepter des scores de 0 à 4. Toute autre valeur était automatiquement rejetée. CQ pro dispose de quatre écrans de saisie pour chaque questionnaire : information générale, information sur les dimensions, information sur les aspects et information sur les scores de l'analyse et de l'audit.

## C.5 Analyse

L'analyse des résultats a été faite à l'aide d'Excel (Microsoft). Toutes les bases de données créées en Epi-Info ont été exportées vers Excel. En Excel un macro a été programmé pour :

- Le classement général des structures participantes
- Le classement par localisation / type
- Le classement par dimension
- Le classement par aspect
- Le classement par les étapes de la roue de qualité

Pour l'analyse des données des tableaux dynamiques ont été utilisés.

Les classements sont basés sur le Score total corrigé qui est la résultante du Score d'analyse, du Score d'audit, du Facteur de correction et du Coefficient des questions très importantes.

*N.B. :*

*Différence Delta : Score audit – Score analyse*

*Facteur de correction : Somme des Différences Delta / Nombre questions auditées*

*Score total corrigé = (Score d'analyse + (± Facteur de correction) ) x Coefficient*

*Note : Coefficient peut être 1 ou 2*

# D. Résultats 2003

## D.1 Centres de Santé

### D.1.1 Niveau de performance et classement

Comme le graphique 5 le montre, le Score maximal que pouvait obtenir un Centre de Santé est de 756. Le meilleur Centre de Santé (Sangareyah) a obtenu un Score total corrigé de 623,1 représentant 82% du score maximal. La structure la plus faible (Fafabhe) a obtenu un Score total corrigé de 261,3 (35% du Score maximal) ce qui représente moins d'un tiers du premier. Entre ces deux extrêmes la distribution est assez homogène. En moyenne les Centres de Santé ont atteint 62% du Score maximal. Sur les 97 Centres de Santé presque les deux tiers sont au dessus de cette moyenne. Le dernier tiers des structures a un grand besoin d'amélioration.

Les critères appliqués paraissent assez sensibles pour distinguer et faire la différence entre les structures performantes et celles qui ont un grand besoin d'amélioration. Toutefois même pour les meilleures structures l'approche offre toujours un potentiel d'amélioration.

Comme prévu le meilleur tiers des participants obtient un prix par le PSS. Ce tiers est ressorti en barre sombre dans le graphique.

### D.1.2 Résultats par région administrative

En présentant le même classement par Score total corrigé par région sanitaire (graphiques 6,7,8,9) on peut constater une distribution sur une large gamme de performance dans la Région de Labé. Le meilleur Centre de Santé de Labé a obtenu plus que deux fois le Score du dernier. L'écart entre la structure la plus performante et la moins performante est considérablement plus élevé que dans les autres régions.

Le district de Forécariah est caractérisé par un grand écart de performance vu qu'il s'agit d'un seul district. Ceci traduit éventuellement la situation géopolitique spéciale liée à l'incursion rebelle.

La Région de Mamou impressionne par un niveau élevé de performance avec seulement deux structures en dessous de la moyenne régionale.

L'image de la Région de Faranah est marquée par trois structures (Sandina, Tiro, Banihan) qui sont largement en dessous de la moyenne.

Au niveau du Score total moyen il existe des grandes différences entre les régions.

Tableau 8 : Moyenne des Centres de Santé par Région

| Région                 | Score total moyen |
|------------------------|-------------------|
| Mamou                  | 480               |
| Faranah                | 459               |
| District de Forécariah | 384               |
| Labé                   | 340               |

### D.1.3 Résultats selon la localisation en milieu urbain ou rural

Le graphique 10 donne l'information sur la performance des Centres de Santé en indiquant l'appartenance d'une structure à un milieu urbain ou rural. Les 17 structures classées urbaines sont réparties à travers toute la gamme avec une concentration au milieu du graphique. La moyenne du Score total corrigé des Centres urbains de 402,6 est plus élevée que celle des Centres ruraux (354,4). Néanmoins les quatre CS en tête du classement se trouvent en milieu rural.

Ces résultats paraissent appuyer l'hypothèse qu'on peut comparer valablement les deux sous-groupes à travers le Concours Qualité. Ce souci prévalait au moment de la conception face aux ressources en moyenne nettement plus importantes en milieu urbain (bâtiment, équipement, personnel). Cette analyse appuie l'idée du Concours Qualité qui est basé sur le concept que la qualité du processus n'est pas liée a priori à l'abondance des ressources.

### D.1.4 Résultats par dimension

Le tableau 9 montre le Score et le pourcentage du Score maximal obtenu par les Centres de Santé pour les six différentes dimensions. Pour une même structure le niveau d'atteinte du Score par dimension est distribué d'une façon assez homogène. Les structures classées comme plus performantes remplissent les attentes du Concours dans l'ordre de 65% à 90% et cela pour pratiquement toutes les six dimensions. Le dernier tiers du tableau montre des niveaux d'atteinte de Score de l'ordre de 20% à 40%. La performance dans les différentes dimensions paraît donc être liées c'est à dire, un Centre de Santé qui présente un Comportement Economique exemplaire très probablement obtient aussi des niveaux considérables en Amélioration Continue et Satisfaction Clients.

Néanmoins certaines structures réussissent mieux dans une dimension donnée que d'autres d'un niveau de classement comparable. Pour la dimension Cogestion / Participation Communautaire ceci est le cas pour les CS de Sangareyah, Madina Wora, Dabola Centre, Kouramangui, Forécariah et Fougou. Vers le bas du classement certaines structures démontrent un niveau très faible tel que le CS de Tiro pour la Satisfaction Clients, le CS de Banian pour l'Amélioration Continue, le CS de Manda pour la Compétence Technique ou le CS de Fafabhé pour le Comportement Economique.

### D.1.5 Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA)

L'analyse selon la roue de qualité cherche à répondre à la question : Est-ce que la roue de qualité est symétrique au niveau des CS ? Le calcul du Score moyen par question pour les quatre étapes de la roue de qualité montre qu'avec des moyennes de 3,0 pour l'étape « planifier », 3,8 pour « exécuter », 2,9 pour « évaluer » et 2,7 pour « réagir » les Centres de Santé paraissent plutôt concentrés sur l'exécution. On évalue déjà moins bien et la réadaptation en fonction des « leçons tirées » est le point le plus faible.

*N.B. : les Scores moyens ont été calculés en incluant les facteurs de correction (voir chapitre suivant) mais en excluant les coefficients des questions très importantes car ces questions ne sont pas distribuées d'une façon égale et auront ainsi représenter un biais.*

### D.1.6 Facteurs de correction

La démarche du Concours Qualité prévoit que l'auto évaluation des structures soit vérifiée par l'audit. Ainsi l'audit joue un rôle de correction. Il se peut que des structures n'ayant pas pleinement compris le questionnaire n'ont pas obtenu le Score qu'il mérite. Ces structures profitent donc d'une appréciation plus positive par l'audit qui corrige le Score total vers le haut. Dans le sens inverse un Centre de Santé peut d'une façon plutôt théorique répondre aux attentes de l'auto évaluation sans que ça se reflète entièrement dans la réalité du terrain et le travail de tous les jours. Dans ce cas l'audit corrigera le Score total vers le bas. Techniquement l'audit s'est focalisé sur un échantillon d'une quarantaine des questions provenant de toutes les dimensions et représentant des questions clés. De l'appréciation de ces quarante questions découle par calcul la différence moyenne entre l'auto évaluation et l'audit. Cette différence moyenne est ensuite appliquée comme facteur de correction à toutes les questions de l'auto évaluation.

**Exemple :** Pendant l'audit un Centre de Santé obtient en moyenne 0,7 Score plus pour les mêmes questions que pendant l'auto évaluation. Ce facteur de correction (+0,7) est ensuite appliqué à toutes les questions, mêmes celles qui n'ont pas fait l'objet de l'audit. Le Score total en profite et le Score total corrigé est par conséquent considérablement plus élevé.

Après analyse le facteur de correction paraît aussi être un indicateur de l'intensité de la préparation au Concours. Un facteur très positif souvent indique un manque de temps au niveau du remplissage du questionnaire. Un facteur proche de zéro représente souvent une préparation de rigueur. Finalement un facteur fort négatif traduit probablement un remplissage stratégique de façon d'écrire ce qu'on pense que les autres veulent entendre.

Le graphique 11 montre les facteurs de correction qui ont été appliqués aux Centres de Santé. Le facteur le plus positif est de +1,5, le facteur le plus négatif de -1,2. En moyenne les Centres de Santé ont été vus plus positivement par l'audit que par eux mêmes (moyenne +0,5). La plupart des Centres de Santé a ainsi « gagné » des points par l'audit. Ceci reflète très probablement les difficultés au niveau de la compréhension des certains termes techniques ou encore tout juste à un manque de rigueur dans le remplissage. Le Concours Qualité vise à déclencher un processus d'apprentissage continu. Il est fort probable que les facteurs de correction seront beaucoup moins accentués au prochain Concours. Douze (12) Centres de Santé ont « perdu » en Score total à travers l'audit. Dans ces structures la réalité vue par les auditeurs est donc moins positive que l'image dessinée sur papier par le centre lui même. Le CS de Tiro représente un cas extrême avec un facteur de correction de -1,2. Ici, réalité et description par les responsables du centre diffèrent tellement qu'il y a lieu de se poser la question si cela est le fruit de l'intention d'améliorer l'image d'une façon artificielle.

### D.1.7 Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking)

Au niveau des Centres de Santé sur les 18 aspects qui ont été ciblés par le Concours une moyenne de 62% des attentes a été atteinte. Malgré ce niveau assez bon dans l'ensemble les aspects « L'hygiène et la sécurité sont assurée dans le CS » (50%) et « La communauté participe au fonctionnement du CS » (51%) sont significativement en dessous de cette moyenne et doivent faire objet d'amélioration. Pendant que les populations cibles influencent progressivement le fonctionnement à

travers les COGES (60% pour cet aspect) et les « Mécanismes d'échange avec la communauté sont fonctionnels » (61%), la contribution des autorités locales, de la population locale et des ressortissants des villages pour le fonctionnement est plutôt faible.

L'aspect « Les moyens logistiques sont utilisés d'une façon rationnelle » (54%) se trouve parmi les aspects les plus faibles. Sur le terrain les outils de gestion et le règlement de l'utilisation des moyens logistiques (moto, frigo, groupe électrogène, vélo, radio-communication, etc.) sont souvent déficitaires.

Par contre l'utilisation des outils de gestion pour la prise en charge des malades et la gestion des finances est en général le point le plus fort (73%). Toujours du côté des forces des Centres de Santé on constate des grands efforts pour améliorer l'utilisation des Centres par la population et pour amener les services vers la population (69%). En moyenne les Centres de Santé sont assez bons dans l'optimisation des dépenses et recettes (69%). La priorisation des dépenses et le respect des prévisions budgétaires est acceptable.

En regardant les Centres de Santé primés selon leur Score total corrigé on constate que malgré leur performance totale élevée, dans certains cas des faiblesses accentuées persistent dans des aspects bien définis qui doivent faire objet d'un effort d'amélioration.

Tableau 10: Aspects faibles des Centres de Santé primées

| CS de         | Aspects faibles des structures primées      |   |   |
|---------------|---|---|---|
| Madina Wora   | Recettes et dépenses optimisées             | Mécanismes de suggestion                    | L'utilisation bonne et évolutive            |
| Maci          | Communauté participe au fonctionnement      | Satisfaction agents de santé                |   |
| Mali Centre   | Communauté participe au fonctionnement      | Satisfaction des usagers                    |   |
| Kegneko       | Mécanismes de suggestion                    |   |   |
| Diatifere     | Communauté participe au fonctionnement      | Moyens logistiques utilisés rationnellement |   |
| Marella       | Formation continue                          | Disponibilité personnel                     | Moyens logistiques utilisés rationnellement |
| Mafara        | Communauté participe au fonctionnement      | Supervision interne                         |   |
| Garambé       | Mécanismes d'identification de faiblesses   |   |   |
| Dabola Centre | Moyens logistiques utilisés rationnellement |   |   |
| Kaala         | L'hygiène et sécurité                       |   |   |
| Fatako        | L'hygiène et sécurité                       |   |   |
| Konso         | L'utilisation bonne et évolutive            |   |   |

Le but du Concours Qualité est entre autres de faire connaître les bonnes solutions qui existent déjà sur le terrain. Pour les Centres de Santé le tableau 11 « benchmarking » montre les structures repères par aspect. A travers ce tableau il est facile d'identifier un Centre de Santé où l'aspect en question est bien réalisé. Pour presque tous les aspects on trouve des structures modèles qui ont obtenu le Score maximal.

## D.2 Hôpitaux Régionaux et Préfectoraux

### D.2.1 Niveau de performance et classement

La performance moyenne du groupe des hôpitaux (68%) est plus élevée que celle des CS (62%), des DPS (54%) et DRS (54%).

Sur un Score maximal de 912, la moyenne obtenue est de 627. Comme le graphique 12 le montre, la distribution des hôpitaux varie d'environ 20% entre l'hôpital le moins performant (Lelouma, 59%) et l'hôpital le plus performant (Mamou, 79%). Les différences entre hôpitaux sont ainsi beaucoup moins accentuées que celles entre Centres de Santé (variation entre 35% et 82%).

Le premier tiers des hôpitaux a été retenu comme primé. Il s'agit des hôpitaux de Mamou, Faranah, Pita et Dalaba.

### D.2.2 Résultats selon le niveau (préfectoral / régional)

Comme le graphique 13 le montre, deux hôpitaux régionaux se trouvent en tête du classement. Néanmoins deux des quatre structures primées sont des hôpitaux préfectoraux. Le meilleur hôpital préfectoral est l'hôpital de Pita. L'écart entre le deuxième (Hôpital Régional de Faranah, 77%) et le troisième (Hôpital Préfectoral de Pita, 74%) est assez mince. Malgré les ressources considérables dont dispose l'Hôpital Régional de Labé, trois hôpitaux préfectoraux le devancent dans le classement. Ceci devrait le motiver à une prompte réalisation du Plan d'amélioration (voir l'annexe) afin d'améliorer ses performances.

Parmi les quatre hôpitaux les plus faibles se trouvent trois hôpitaux qui ont récemment bénéficié d'une nouvelle infrastructure (Koubia, Mali et Forécariah) avec l'appui de la Banque Mondiale et la KfW. Ceci peut être interprété comme un signe d'alarme. Il s'avère absolument nécessaire d'améliorer la qualité de processus dans ces structures pour assurer un rendement des investissements à travers des services et une gestion de qualité.

### D.2.3 Résultats par région administrative

En calculant la moyenne des hôpitaux par région (graphiques 14,15,16) on constate que la région de Mamou se trouve en tête, suivie par la région de Faranah. Ces effets ne sont pas seulement dus à la performance des deux hôpitaux régionaux (Mamou, Faranah) mais aussi à la performance des hôpitaux préfectoraux de ces deux régions généralement plus élevée que celle de la Région de Labé.

Tableau 12 : Score total moyen des hôpitaux par région

| Région                 | Score total moyen |
|------------------------|-------------------|
| Mamou                  | 682               |
| Faranah                | 656               |
| Labé                   | 581               |
| District de Forécariah | 561               |



#### D.2.4 Résultats par dimension

Le tableau 13 et le graphique 17 détaillent le Score total corrigé obtenu dans sa composition selon les six dimensions de la qualité prévues par le Concours Qualité. Les deux dimensions en dessous de la moyenne sont la « Cogestion / Participation Communautaire » (63%) et « l'Amélioration continue » (63%). Les dimensions les plus fortes sont « l'Accessibilité / Disponibilité » (79%) et la « Satisfaction Clients » (76%).

Dans le groupe des quatre hôpitaux primés, le niveau de performance est généralement au dessus de la moyenne pour toutes les dimensions. Néanmoins quelques exceptions impressionnent : l'Hôpital de Mamou est loin en dessous de la moyenne dans la dimension « Cogestion / Participation Communautaire » (48%, moyenne 63%). L'Hôpital Préfectoral de Pita a obtenu seulement 58% (moyenne 70%) en « Compétence Technique ».

#### D.2.5 Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA)

La tendance constatée au niveau des Centres de Santé paraît être renversée. Les étapes de la roue de qualité reçoivent les Scores moyens par question suivants : planifier 2,9, exécuter 2,6, évaluer 2,8 et réagir 2,8. Les hôpitaux ont donc plutôt tendance à mieux planifier qu'ils n'exécutent. Très positif est le fait que la roue de qualité paraît être fermée, car l'étape « réagir » montre une « capacité de tirer des leçons et de changer ». La comparaison des hôpitaux montre une faiblesse dans l'exécution à Forécariah (2,1) et Lelouma (2,2). Une faiblesse dans la réaction / re-adaptation apparaît à Mali (2,4) et Lelouma (2,3).

*N.B. : Les Scores moyens ont été calculés en incluant les facteurs de correction (voir chapitre D.1.6) mais en excluant les coefficients des questions très importantes car ces questions ne sont pas distribuées d'une façon égale et auront ainsi représenter un biais.*

#### D.2.6 Facteurs de correction

De la même façon que pour les Centres de Santé (voir chapitre D.1.6 pour l'explication du facteur de correction) le facteur de correction décrit l'ampleur de la correction du Score que les hôpitaux ont subi par l'audit. Le graphique 18 y afférent montre une variation du facteur de correction de -0,1 (Hôpital de Forécariah) jusqu'à +1,3 (Hôpital de Koubia). A part Forécariah tous les hôpitaux ont pu améliorer leurs résultats par l'audit. En comparaison avec les Centres de Santé, il y a lieu de constater que les problèmes de compréhension du questionnaire ici sont moins valables pour excuser la sous-évaluation accrue pendant le remplissage du questionnaire. Probablement l'auto évaluation au niveau des hôpitaux n'a pas toujours suscité le dévouement souhaité.

#### D.2.7 Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking)

En analysant la performance des hôpitaux par rapport aux 21 aspects des points forts sont : « Les outils de gestion sont appropriés » (85% du Score maximal), « L'utilisation est bonne et évolutive » (82%), « Les agents de santé sont motivé et satisfaits » (81%), « Le personnel est disponible » (81%) et « La disponibilité des médicaments et consommables est bonne » (80%).

Le point le plus faible est l'aspect « Le comité des usagers existe et est fonctionnel » (48%). D'autres points faibles très répandus sont un faible niveau d'



« Elaboration et Mise en Œuvre du Projet d'Établissement Hospitalier » (51%), les « Mécanismes d'identification des faiblesses » (57%) et les « Mécanismes de suggestion et d'innovation » (59%).

Parmi les quatre hôpitaux primés quelques faiblesses par rapport à la moyenne restent à corriger sur le chemin vers l'excellence :

Tableau 14 : Aspects faibles des hôpitaux primés

| Hôpital de | Aspects faibles des structures primées           |  |   |
|------------|--|--|---|
| Mamou      | Comité d'usagers existe et est fonctionnel (18%) | Structures de partenariat existant et fonctionnels (48%) |   |
| Faranah    | Hygiène et la sécurité assurée (67%)             |  |   |
| Pita       | Formation continue (50,8%)                       | Comité d'usagers existe et est fonctionnel (30%)         | Mécanismes de suggestion / d'innovation (48%) |
| Dalaba     | Le Projet d'Établissement (28%)                  |  |   |

Ce tableau montre les quelques faiblesses parmi les structures primées qui malgré leur performance au dessus de la moyenne doivent améliorer leur performance dans les aspects ci dessus.

L'idée du Concours Qualité est entre autres de faire connaître les bonnes solutions qui existent déjà sur le terrain. Pour les hôpitaux le tableau 15 « benchmarking » montre les structures repères par aspect. A travers ce tableau il est facile d'identifier un hôpital où l'aspect en question est bien réalisé. Pour certains aspects, même les meilleures structures disposent encore d'un potentiel d'amélioration considérable. Il est donc conseillé de se référer au pourcentage du tableau des structures de repère pour apprécier leur niveau de performance.

### D.3 Directions Préfectorales de la Santé (DPS)

#### D.3.1 Niveau de performance et classement

Comme le graphique 19 le montre, le Score maximal pour les DPS est de 520. La meilleure DPS est celle de Labé qui a obtenu 65% de ce Score maximal. La DPS de Faranah est la moins performante avec une performance de 42%. La distribution des résultats des différents participants est moins harmonieuse que pour les Centres de Santé et Hôpitaux. Le groupe des quatre DPS primées (Labé, Tougué, Koubia, Mamou) est significativement plus fort que les six DPS suivants, pratiquement du même niveau de performance (Pita, Dalaba, Dabola, Mali, Dinguiraye et Forécariah).

Les deux structures les moins performantes (Lelouma et Faranah) suivent avec un écart considérable.

### D.3.2 Résultats par région administrative

En regardant les résultats par région administrative (graphiques 20,21,22) on constate des différences par rapport à la moyenne. Pendant que les Régions de Labé et Mamou obtiennent des résultats comparables, la Région de Faranah suit avec un écart considérable.

Tableau 16 : Scores totaux moyens des DPS par région

| Région                 | Score total moyen |
|------------------------|-------------------|
| Labé                   | 298               |
| Mamou                  | 289               |
| District de Forécariah | 266               |
| Faranah                | 253               |

Au niveau de la Région de Labé, la DPS de Lelouma est loin en dessous de la moyenne de la région. La réalisation du Plan d'Amélioration de Qualité s'avère très important ici pour s'approcher de la performance des autres structures de la même région qui travaillent dans des contextes comparables.

### D.3.3 Résultats par dimension

Le graphique 23 et le tableau 18 montrent le niveau de performance pour chaque dimension. Ils indiquent à première vue qu'il y a des points forts et faibles au niveau de la plupart des DPS.

Tableau 17 : Points forts et faibles par DPS

| DPS de     | Points forts                  | Points faibles       |                               |
|------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Labé       | Accessibilité / Disponibilité |                      |                               |
| Tougué     | Accessibilité / Disponibilité |                      |                               |
| Mamou      | Accessibilité / Disponibilité | Compétence technique |                               |
| Dabola     | Amélioration continue         |                      |                               |
| Dinguiraye |                               | Compétence technique | Accessibilité / Disponibilité |
| Lelouma    | Accessibilité / Disponibilité | Satisfaction clients | Comportement économique       |
| Forécariah |                               | Compétence technique |                               |
| Faranah    | Accessibilité / Disponibilité |                      |                               |

Les DPS de Pita, Dalaba et Mali disposent d'une performance plus équilibrée dans les différentes dimensions.

### D.3.4 Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA)

En regardant les Scores moyens obtenus selon les quatre étapes de la roue de qualité on peut constater que les étapes « planifier » (2,4) et « exécuter » (2,3) sont

légèrement plus développées que les étapes « évaluer » (2,0) et « réagir » (2,1). Cette situation montre une déformation de la roue de qualité au détriment des étapes « évaluer » et « réagir » essentielles pour l'amélioration de la qualité.

Pour la DPS de Lelouma on peut constater des faiblesses dans les étapes « exécuter » (1,6) et « réagir » (1,4). Pour la DPS de Faranah des faiblesses se manifestent dans « évaluer » (1,3) et « réagir » (1,6).

*N.B. : Les Scores moyens ont été calculés en incluant les facteurs de correction (voir chapitre D.1.6) mais en excluant les coefficients des questions très importantes car ces questions ne sont pas distribuées d'une façon égale et auront ainsi représenter un biais.*

#### D.3.5 Performance des Centres de Santé / Hôpitaux Préfectoraux par DPS

Le graphique 24 présente d'une façon sommaire les performances de la DPS, de l'Hôpital Préfectoral et des Centres de Santé regroupés. Chaque groupe représente ainsi un district sanitaire. Les groupes sont organisés selon la performance de la DPS ; La DPS la plus performante à gauche, la moins performante à droite. L'hypothèse est qu'il existe un lien visible entre la performance d'une équipe cadre de district (DPS) et les structures de soins de son district sanitaire. Cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée à partir des résultats du Concours Qualité. En effet, on trouve des structures de soins très performantes dans des districts gérés par une DPS avec une faible performance et aussi le contraire, c'est à dire des structures de soins faibles dans des districts gérés par des DPS primées. Ceci pourrait signifier que les équipes cadre de district aujourd'hui ne jouent pas encore pleinement leur rôle ou ne disposent pas de l'influence ou des moyens nécessaires pour améliorer la performance de l'entité du district. Ceci confirme les résultats de l'évaluation des DPS qui montrait leur faiblesse notoire dans les étapes « évaluer » et « réagir ». Des efforts considérables et urgents doivent être faits pour améliorer cette situation afin de rendre les districts sanitaires plus fonctionnels et performants.

#### D.3.6 Facteurs de correction

De la même façon que pour les Centres de Santé (voir chapitre D.1.6 pour l'explication du facteur de correction) le facteur de correction décrit l'ampleur de la correction du Score que les DPS ont subi par l'audit. Le graphique 25 y afférent montre les mêmes tendances qu'au niveau des Centres de Santé. La majorité des DPS a bénéficié d'une amélioration du Score total à travers l'audit. Pendant que les DPS de Koubia, de Mamou et Mali se sont présentées à travers l'auto évaluation beaucoup moins performantes que l'appréciation des auditeurs, les DPS de Dabola et Forécariah ont été vues moins performantes sur le terrain que dans le questionnaire.

#### D.3.7 Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking)

En regardant les résultats des 17 aspects, les forces et faiblesses des DPS en général peuvent être constatées par rapport à la moyenne de 54% obtenue. Parmi les points forts figurent les « Mécanismes d'Identification des Faiblesses et Forces Fonctionnels » (65%), le « Fichier du Personnel est Opérationnel » (62%) et les « Dépenses et Recettes sont optimisées » (60%).

Les points faibles sont : « Formation Continue Correctement Exécutée » (42%), « Mécanismes de Motivation des Agents en Place » (47%), « Moyens Logistiques

Utilisés Rationnellement » (48%), « Capacité de Gestion de Crise Développée » (48%) et « Référence et Contre-Référence Fonctionnelles » (49%).

Malgré que la DPS de Koubia soit parmi les primées, elle est significativement en dessous de la moyenne pour l'aspect « La DPS Crée un Cadre Motivant pour l'Equipe Cadre » (45% sur 58% de moyenne). Les deux DPS les moins performantes montrent des faiblesses multiples allant de 7% à 40% pour certains aspects.

L'idée du Concours Qualité est entre autres de faire connaître les bonnes solutions qui existent déjà sur le terrain. Pour les DPS le tableau 19 « benchmarking » montre les structures repères par aspect. A travers ce tableau il est facile d'identifier une DPS où l'aspect en question est bien réalisé. Pour certains aspects même les meilleures structures disposent encore d'un potentiel d'amélioration considérable. Ceci est le cas pour la référence et la formation continue. Il est donc conseillé de se référer au pourcentage du tableau des structures de repère pour apprécier le niveau de performance.

## D.4 Directions Régionales de la Santé (DRS)

### D.4.1 Niveau de performance et classement

Comme le graphique 26 le montre, le Score maximal qu'une DRS aurait pu obtenir au Concours Qualité est de 712. Le Score moyen des DRS de 386 est faible et est en corrélation avec les données du graphique 26. Ce qui montre que les trois DRS participantes ont encore un potentiel d'amélioration considérable au niveau de la qualité de processus.

Comme pour tous les types d'organisation le meilleur tiers obtient un prix par le PSS. Dans cette catégorie la DRS de Labé a été retenu comme primée.

### D.4.2 Résultats par dimension

En regardant les performances par dimension (tableau 20 et graphique 27) on peut constater que les DRS ont mieux réussi les dimensions « Amélioration continue » (61%) et « Fonctionnalité de la Région Sanitaire » (59%) que les dimensions « Compétence Technique » (44%) et « Satisfaction Clients » (47%).

Malgré sa position en tête du classement la performance de la DRS de Labé varie fortement dans les six dimensions. La réalisation du Plan d'Amélioration va certainement équilibrer davantage cette image.

La performance de la DRS de Mamou est bien équilibrée à travers toute la gamme de la qualité de processus. La DRS de Faranah montre une faiblesse importante au niveau de la dimension « Compétence Technique » (29% sur moyenne de 44%).

### D.4.3 Résultats en fonction de la roue de qualité (PDCA)

Analysant les Scores moyens en fonction des étapes de la roue de qualité on obtient pour les DRS de Mamou et Faranah une roue assez symétrique : planifier 2,3, exécuter 2,3, évaluer 2,0, réagir 2,1.

Par contre pour la DRS de Labé la roue est fortement déformée : planifier 2,7, exécuter 2,6, évaluer 2,1, réagir 1,9. On peut conclure à un déficit en suivi et évaluation, fonctions clés d'une DRS.

*N.B. : Les Scores moyens ont été calculés en incluant les facteurs de correction (voir chapitre D.1.6) mais en excluant les coefficients des questions très importantes car ces questions ne sont pas distribuées d'une façon égale et auront ainsi représenter un biais.*

#### D.4.4 Performance des DPS et de l'Hôpital Régional par DRS

En regroupant sur le graphique 28 la performance de la DRS avec la moyenne des DPS et la performance de l'hôpital régional, on constate que le niveau de performance des DRS et DPS paraît lié, tandis que celui de l'hôpital régional semble totalement indépendant. Ceci pouvant traduire une collaboration plus étroite entre les DRS et DPS concernées, contrairement à ce qui est observé entre les DPS et les Centres de Santé où cette concordance n'existe pas. Ainsi la DRS la plus performante a les DPS les plus performantes. Vu que la mission principale de la DRS est de rendre opérationnels les districts et que les DPS ont des multiples contacts avec leur équipe régionale ce lien paraît compréhensible.

Par contre il ne semble pas avoir de lien entre la performance des hôpitaux d'une région avec la DRS. Une plus grande intégration de l'hôpital régional dans le fonctionnement de la région sanitaire est nécessaire pour faire profiter de ses compétences les autres structures de la région.

#### D.4.5 Facteurs de correction

Tous les trois DRS ont amélioré leur Score total à travers la correction (graphique 29) que l'audit a apportée (voir D.1.6 pour explication du facteur de correction). L'auto évaluation des DRS est plus concordante avec l'appréciation par les auditeurs que pour les DPS, Hôpitaux et CS. Cette situation pourrait s'expliquer par une meilleure compréhension des questionnaires par les DRS qui ont participé amplement à leur élaboration.

#### D.4.6 Forces et faiblesses et structures repères par aspect (benchmarking)

Quelques faiblesses peuvent être constatées au niveau des aspects :

Tableau 21 : Faiblesses par DRS

| <b>DRS de</b> | <b>Aspects faibles</b>                               |  |                                   |
|---------------|--|--|-----------------------------------|
| Labé          | Fichier du personnel de la région opérationnel (32%) | Dépenses et recettes optimisées (40%)        |                                   |
| Mamou         | Supervision des districts fonctionnelle (33%)        | Equipe régionale motivée et satisfaite (18%) |                                   |
| Faranah       | Capacité de formulation des stratégies (29%)         | Capacité de gestion de crise (24%)           | Formation continue exécutée (33%) |

L'idée du Concours Qualité est entre autres de faire connaître les bonnes solutions qui existent déjà sur le terrain. Pour les DRS le tableau 22 « benchmarking » montre les structures repères par aspect. A travers ce tableau il est facile d'identifier une DRS où l'aspect en question est bien réalisé. Pour certains aspects même les meilleures structures disposent encore d'un potentiel d'amélioration considérable.

Ceci est le cas pour « Equipe est motivée », « Capacité de Formulation de stratégie développée », « Outils de gestion appropriés » et « Fichier de personnel opérationnel » où dans la zone du PSS on ne peut pas parler d'une structure de repère actuellement.

## D.5 Plans d'amélioration

L'objectif principal étant d'améliorer la qualité des soins et de la gestion au niveau des structures sanitaires, les Plans d'amélioration peuvent être considérés comme le résultat le plus précieux du Concours Qualité. Ils sont basés sur une analyse approfondie et vérifiée par l'audit. A leur élaboration ont participé les agents de santé des différents niveaux, les représentants des communautés, les auditeurs et très souvent les autorités de la place, ce qui représente un atout considérable. Ces plans ont été élaborés dans toutes les structures participantes. A cause du volume de cette partie, les Plans d'amélioration se trouvent en annexe.

# E. Evaluation interne de l'approche

## E.1 Forces / Faiblesses / Potentialités / Risques

A la fin de la phase d'audit, le programme Santé et lutte contre le Sida (PSS) a organisé des interviews des équipes d'audit. Chaque équipe a répondu verbalement aux questions suivantes :

- Quelles sont les forces/opportunités de l'approche « Concours Qualité » ?
- Quelles sont les faiblesses/risques de l'approche « Concours Qualité » ?
- Comment le « Concours Qualité », avec ses étapes d'auto – évaluation et d'audit a été perçu par les participants ?
- Quelles sont les attentes des participants maintenant après l'audit ?
- Quelles sont les améliorations possibles pour l'approche ?
- Quelles sont selon vous, les perspectives de l'approche « Concours Qualité » pour le système sanitaire en Guinée ?

Pour l'interview la méthode du brainstorming de tous les membres des équipes a été adoptée.

Les tableaux ci – après récapitulent intégralement les réponses fournies par les équipes.

## FORCES ET/OU OPPORTUNITES

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mise à disposition d'un outil d'évaluation pour le Ministère de la Santé Publique (MSP)</li><li>2. Volonté politique du département de la santé à supporter l'amélioration de la qualité</li><li>3. Simplicité de l'outil car l'approche est facile et pratique</li><li>4. Focalisation très intense de l'approche sur les règles, procédures et protocoles, meilleure compréhension des processus</li><li>5. Permet d'avoir une vue d'ensemble sur l'administration intermédiaire, les systèmes de soins et l'avis des usagers</li><li>6. La partie audit est une grande force de l'approche par la composition pluridisciplinaire de l'équipe d'audit</li><li>7. L'approche favorise le travail en équipe (réponse aux questions, audit, plan d'amélioration)</li><li>8. Le concours est une innovation en matière de qualité et demeure une école pour tout le monde</li><li>9. Le concours qualité a amélioré l'implication des COGES dans le fonctionnement des centres de santé avec la maîtrise du processus de budgétisation par certains membres.</li><li>10. Satisfaction du personnel dans toutes les structures</li><li>11. Engagement du personnel pour l'amélioration</li><li>12. Le concours renforce le COPE, le monitoring et les autres approches existantes</li><li>13. Implication de la tutelle</li><li>14. Maîtrise par les agents du processus et des règles d'hygiène et de sécurité</li><li>15. L'équipe d'audit profite pour donner des informations et des formations sur les tas</li><li>16. L'audit les aide à identifier eux – mêmes les faiblesses et à proposer des solutions</li><li>17. il y a déjà de l'amélioration depuis le démarrage</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>18. L'audit a résolu des conflits entre prestataires et entre prestataires et communautés</li><li>19. Le concours qualité a permis la mise à jour et la complétude des outils de gestion dans beaucoup de centres de santé</li><li>20. L'intérêt manifeste des membres des COGES et du personnel des centres de santé pour le concours</li><li>21. Les résultats de l'audit sont acceptés par les participants</li><li>22. L'engagement des structures pour la réalisation des plans d'amélioration à cause de leur participation</li><li>23. Le concours a renforcé le benchmarking entre les structures d'une part et les pairs évaluateurs et les structures auditées d'autre part</li><li>24. Favorise la communication et renforce la collaboration entre autorités locales, centre de santé et communauté</li><li>25. Augmente la crédibilité des structures et de la confiance des populations</li><li>26. Les agents sont convaincus que le concours amène à un changement de comportement</li><li>27. Le concours contribue à former analystes et auditeurs</li><li>28. Le concours montre l'importance de documenter et d'archiver</li><li>29. Le concours aide à mieux intégrer l'environnement</li><li>30. Le concours a permis de mieux comprendre le processus de l'auto – évaluation et que l'auto - évaluation doit refléter la réalité « désormais ce que j'écris doit être juste !»</li><li>31. Le concours aide à identifier les besoins de formation</li><li>32. Le concours permet une meilleure appropriation des structures de santé par les communautés</li><li>33. Participation effective des autorités sanitaires, administratives et politiques des localités auditées</li><li>34. Bonne organisation générale du concours par le PSS</li><li>35. Il existe plusieurs partenaires qui s'intéressent à la qualité</li></ol> |
|--|--|

**FAIBLESSES ET/OU RISQUES**

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. La centralisation de l'organisation du concours paraît lourde</li><li>2. Difficulté de compréhension de certaines questions</li><li>3. Certaines structures ont pris l'auto – évaluation à la légère</li><li>4. Difficulté de déplacement liée aux grandes pluies</li><li>5. Inaccessibilité de certains sites à cause de la dégradation des routes</li><li>6. Les caractères des écritures du guide d'analyse et d'audit sont trop petits et les attentes incomplètes</li><li>7. Manque d'assistance technique pour expliquer le contenu de certaines questions du guide d'auto – évaluation</li><li>8. Absence de certaines questions dans le questionnaire</li><li>9. Manque et insuffisance de fournitures et petit matériel (calque, photocopies, agrafeuse, etc.)</li><li>10. Certains directeurs de micro réalisation (DMR) n'ont pas participé à l'audit</li><li>11. Chevauchement de l'audit avec d'autres activités (micro planification de la vaccination anti rougeoleuse)</li><li>12. Faible implication de certains DPS par le manque de prise en charge</li><li>13. Incompréhension des questions en rapport avec les processus non connus (activités non menées)</li><li>14. Temps d'audit très juste, programme de l'audit était surchargé, Pas de temps de repos pour l'équipe d'audit</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>15. Insuffisance de documentation du Concours pour les auditeurs</li><li>16. Les « Nissan » ne sont pas adaptées pour le terrain</li><li>17. Insuffisance de protection des auditeurs (insecticides)</li><li>18. Heures supplémentaires</li><li>19. Mauvaise organisation de certaines équipes d'audit avec parfois un leadership moins participatif</li></ol> |
|---|--|



**ATTENTES ET/OU AMELIORATIONS**

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Allocation de ressources humaines suffisantes par le département de la santé</li><li>2. Appui technique et financier du PSS/GTZ et d'autres partenaires pour la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'amélioration</li><li>3. Actualiser les bibliothèques bleues</li><li>4. Améliorer des compétences cliniques et de gestion</li><li>5. Rendre plus compréhensibles certaines questions de l'auto – évaluation</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>6. Renforcer l'appui des centres de santé par des supervisions formatives des DPS</li><li>7. Proclamer des résultats du concours</li><li>8. Appui technique pour la mise en place des mutuelles</li><li>9. Doter les centres de santé de radio communication</li><li>10. Assistance technique pour l'élaboration des PEH</li><li>11. Elaborer des documents de normes et procédures pour toutes les activités clés des structures</li><li>12. Former en outils et méthodes de gestion de la qualité</li><li>13. Organiser l'audit par district sanitaire. Cela permettra de réduire les déplacements des équipes et de donner l'occasion à une même équipe d'audit d'avoir une vision des problèmes du district et d'aider à les solutionner.</li></ol> |
|---|---|



## E.2 Les éléments de succès

Le tableau suivant ressort les éléments de succès du concours qualité tels qu'identifiés par le collectif point focal qualité, point focal management, Coordinateur National du programme et les assistants techniques du PSS/GTZ.

### ELEMENTS DE SUCCES

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. La volonté politique du Ministère de la Santé Publique (MSP) à faire de la qualité une priorité</li><li>2. Engagement très fort de l'équipe de coordination à développer la culture qualité dans les structures</li><li>3. Implication depuis la conception du concours qualité de tous les acteurs (Ministère de la Santé Publique, DRS, DPS, Hôpitaux, Centres de Santé)</li><li>4. Mise à disposition des ressources nécessaires (matérielles, humaines, financières)</li><li>5. L'existence d'un enjeu</li><li>6. L'esprit d'amélioration qui sous tend le concours</li><li>7. L'engouement de toutes les parties concernées pour la qualité</li><li>8. La centralisation de l'analyse et du traitement des données dans un souci d'harmonisation et d'équité</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>9. L'audit a permis de :<ul style="list-style-type: none"><li>• Mieux faire comprendre certains concepts du concours,</li><li>• Faire accepter les potentiels d'amélioration identifiés,</li><li>• Corriger, à partir d'un coefficient, les scores d'auto – évaluation. Ceci envoie le message que l'auto – évaluation doit au maximum refléter la réalité.</li></ul></li></ol> |
|--|---|



### E.3 Les synergies avec d'autres approches

| <b>SYNERGIES AVEC D'AUTRES APPROCHES ET OUTILS EXISTANTS</b> |   |
|--|---|
| <b>Approches et Outils</b>                                   | <b>Concours</b>   |
| <b>Monitoring</b>  | Concours et Monitoring utilisent l'auto – évaluation. Vu qu'actuellement des efforts sont orientés vers le contre – monitoring, l'audit répond à ce besoin en évaluant le processus du monitoring tel qu'il a été exécuté.<br>Le concours met l'accent sur le processus et est complémentaire au monitoring qui lui évalue les résultats. |
| <b>Supervision</b>   | Le concours évalue la supervision dans son processus et l'améliore. On peut l'appeler « la supervision de la supervision ».   |
| <b>Projet d'établissement hospitalier</b>                    | Le concours évalue le niveau d'élaboration et d'exécution du projet d'établissement hospitalier.<br>Le concours contribue au financement du projet d'établissement d'un hôpital qui est primé.  |
| <b>Contrat d'objectifs</b>                                   | Le Concours aide à évaluer le niveau d'exécution du contrat d'objectifs, mais aussi aide à améliorer la qualité de ses résultats en mettant l'accent sur les processus.   |
| <b>COPE</b>  | Le concours qualité est une approche intégrative qui utilise toutes les approches du management par la qualité. Il renforce le COPE.  |
| <b>CTRS / CTPS</b>   | Les Comités Techniques Régionaux et Préfectoraux de la Santé sont des forums au cours desquels les résultats du concours peuvent être présentés, discutés et amendés. Ceci peut amener les débats vers une vision systémique.   |

# F. Perspectives du Concours Qualité

## F.1 L'amélioration de la démarche et l'évaluation externe

- a. Etendre le concours qualité au niveau national
- b. Assurer la pérennité du concours en l'organisant une fois chaque année
- c. Améliorer le document d'auto – évaluation et d'audit
- d. Assurer une large diffusion du document de base à toutes les parties impliquées (candidats, analystes, auditeurs, partenaires, etc.).
- e. Former des agents de santé à l'utilisation des outils et méthodes de gestion de la qualité
- f. Former un pool d'auditeurs mobilisables pour le concours
- g. Créer une cellule de pilotage et de suivi de la qualité au niveau du département
- h. Créer un « bulletin qualité » à éditer semestriellement
- i. Intéresser d'autres bailleurs pour l'extension

## F.2 La possibilité technique d'élargir et de répéter le Concours Qualité

Le PSS propose d'organiser le concours une fois par an en septembre – octobre et novembre, avant le second monitoring. Dans ce cas, l'auto évaluation se ferait en septembre, l'analyse en octobre et l'audit en novembre. Ceci permettrait de prendre en compte les plans d'amélioration issus des audits dans les PAO annuels des structures.

Les résultats du concours pourraient être discutés pendant la revue annuelle. Il permettrait aussi d'améliorer le monitoring en mettant l'accent sur les procédures.

En proposant cette période pour tout le pays, des problèmes de disponibilité peuvent surgir au niveau des pairs évaluateurs. Le PSS propose ici que l'auto évaluation et l'analyse se fassent en même temps pour toutes les structures du pays mais que la phase d'audit se déroule à des moments différents pour permettre de libérer les pairs auditeurs d'une zone pour une autre (exemple : pendant l'audit des régions de la basse Guinée et de la moyenne Guinée on utilise les pairs auditeurs de la forêt et de la haute Guinée et vice versa).

### F.3 Le chronogramme d'un Concours Qualité national

Comme le montre le chronogramme ci – après l'organisation d'une session du Concours Qualité passe par la réalisation des activités ci – après :

- Actualisation (en juin) des questionnaires en deux semaines (14 jours) ;
- L'impression (en juillet) du guide d'auto – évaluation, d'analyse et d'audit (30 jours) ;
- Sensibilisation et appui (en juillet) aux structures sanitaires en faisant des ateliers préfectoraux simultanés de 3 jours qui regroupent le DPS, le DH et les chefs de centres de santé pour leur préparation au concours ;
- Sensibilisation en utilisant les radios rurales (en juillet et août) pour annoncer le concours et les modalités de participation (15 jours de communiqué par mois) ;
- L'organisation (en 10 jours) du lancement du concours (circulaires, médias);
- Lancement officiel à Conakry au mois d'août par Monsieur le Ministre de la Santé Publique (1 jour) ;
- La réalisation (du 1<sup>er</sup> au 30 septembre) de l'auto évaluation par les structures candidates ;
- La formation des analystes et des auditeurs aux techniques d'analyse et d'audit (en septembre pendant 6 jours à Mamou) ;
- La réception des guides d'auto évaluation remplis (1<sup>er</sup> octobre au PSS/GTZ Mamou) ;
- L'analyse (en octobre et pendant 30 jours) de l'auto évaluation réalisée par chaque structure candidate ;
- L'audit sur le terrain des structures ayant participé à l'auto évaluation et élaboration du plan d'amélioration de chaque structure (en novembre pendant 30 jours) ;
- La saisie des données de l'analyse et de l'audit puis réalisation de la méta analyse pour le classement des structures selon leur performance respective (en décembre pendant 21 jours) ;
- Restitution des résultats du concours au département (en janvier et en 1 jour) ;
- Organisation de la séance pour la proclamation des résultats et pour la remise des prix (en janvier pendant 1 jour).

## F.4 Les coûts estimatifs d'un Concours Qualité national

Pour l'organisation de la première session du concours qualité, le Programme Santé et lutte contre le Sida (PSS/GTZ) a supporté deux grandes catégories de charges :

- Les charges liées à la conception et au développement de l'approche,
- Les charges se rapportant au déroulement de la session.

La deuxième catégorie de dépenses est susceptible d'être engagées chaque fois que l'on organise le concours qualité. Elle comprend :

**La sensibilisation des structures sanitaires.** Cette sensibilisation a concerné « 150 » structures :

- 3 Directions régionales de la santé (DRS) ;
- 12 Directions préfectorales de la santé (DPS) ;
- 12 Hôpitaux régionaux et préfectoraux ;
- 29 Centres de santé de la région de Faranah ;
- 37 Centres de santé région de Mamou ;
- 57 Centres de santé région de Labé.

Le coût total de cette sensibilisation se monte à « 1.029.000 GNF », la prise en charge de chaque structure peut être estimée à « **6.860 GNF** »

**Le test du questionnaire.** Il a été réalisé trois tests des questionnaires destinés aux « 150 » structures appartenant aux quatre grands ensembles (DRS, DPS, Hôpitaux et centres de santé). Ces tests ont occasionné des frais estimés à « 2.859.190 » soit « **19.060 GNF** » par structure.

**L'appui technique** aux structures candidates pour leur préparation. Cette activité qui visait à aider les structures dans la résolution sur le terrain des problèmes pratiques liés à leur préparation au concours a coûté au Programme « 663.000 GNF ». En prenant comme repère l'ensemble des structures de la zone d'intervention du programme, l'appui à chaque structure est revenu à « **4.420 GNF** ».

L'impression des guides d'auto – évaluation. Pour cette session, il a été édité « 180 » guides d'auto - évaluation :

- 10 « Guides d'auto – évaluation » de 90 pages chacun pour les Directions Régionales de la Santé (DRS) ;
- 20 « Guides d'auto – évaluation » de 90 pages chacun pour les Directions Préfectorales de la Santé (DPS) ;
- 20 « Guides d'auto – évaluation » de 107 pages chacun pour les Hôpitaux
- 130 « Guides d'auto – évaluation » de 90 pages chacun pour les Centres de Santé (CS).

**Les frais d'imprimerie** pour ces « 180 » guides se chiffrent à dix millions de francs guinéens (10.000.000 GNF). Chaque document a donc coûté « **55.555 GNF** ».

L'impression des guides d'analyse. Pour cette session, les « 180 » guides d'analyse utilisés ont été édités par la reprographie du PSS/GTZ Mamou. Puisque ce guide a les mêmes caractéristiques que le guide d'auto – évaluation, son



impression par une imprimerie aurait nécessité le même niveau de dépenses que pour les guides d'auto – évaluation l'impression de chaque document aurait donc coûté « **55.555 GNF** ».

L'impression des guides d'audit. Comme dans le cas du guide d'analyse, les « 180 » exemplaires que les auditeurs ont utilisés ont été édités par la reprographie du PSS/GTZ Mamou. Son impression par une imprimerie aurait engendré le même niveau de dépenses que pour le guide d'analyse ; soit « **55.555 GNF** ».

**L'organisation du lancement du concours.** Elle porte essentiellement sur toutes les dispositions pratiques à prendre tant avec le Ministère de la Santé Publique, les autorités locales qu'avec les structures candidates pour garantir leur implication et le succès de la session du concours. Pour la session 2003 du concours qualité, le PSS a engagé 2.119.665 GNF soit « **14.130 GNF** » pour chacune des 150 structures.

Le lancement du concours. Il s'agit de la cérémonie officielle qui donne la possibilité aux structures candidates de démarrer la phase d'auto évaluation. Les dépenses engagées au titre de cette cérémonie se chiffrent à « 1.944.000 GNF ». En rapportant ce montant à l'ensemble des structures, la charge par structure s'élève à « **12.960 GNF** » par structure.

**La formation des analystes et des auditeurs.** Pour garantir le résultat de l'analyse de l'auto – évaluation réalisée par les structures candidates et l'audit de ces structures, cette formation est indispensable. Dans le cadre de cette première session du concours qualité, elle a coûté « 8.870.450 GNF » et a vu la participation de trente deux cadres. Rapporté aux structures de la zone, le coût par structure se chiffre à « **59.135 GNF** ».

**L'analyse de l'auto évaluation.** Sa réalisation a nécessité l'implication de « 12 » cadres aux travaux et cela pendant trois semaines. Elle a coûté au Programme « 4.020.000 GNF » soit « **26.800 GNF** » par structure.

**L'audit des structures.** L'audit a concerné « 128 » structures, à savoir :

- 3 DRS ;
- 12 DPS ;
- 11 Hôpitaux régionaux et préfectoraux ;
- 102 Centres de santé.

Les frais engagés par le Programme dans cet audit sont de « 35.889.700 GNF » soit « **280.390 GNF** » par structure auditée.

En tenant compte des données qui précèdent, le coût estimatif du concours qualité par structure se chiffre à « **590.420 GNF** ». (Voir détail dans le tableau ci – après)

| Désignation de l'activité                                  | Coût estimé par structure |
|--|---------------------------|
| Sensibilisation des structures sanitaires de la zone       | 6.860 GNF                 |
| Test du questionnaire                                      | 19.060 GNF                |
| Appui technique pour la préparation des structures         | 4.420 GNF                 |
| Impression des guides d'auto - évaluation                  | 55.555 GNF                |
| Impression des guides d'analyse                            | 55.555 GNF                |
| Impression des guides d'audit                              | 55.555 GNF                |
| Organisation du lancement du concours                      | 14.130 GNF                |
| Lancement du concours                                      | 12.960 GNF                |
| Formation des analystes et des auditeurs                   | 59.135 GNF                |
| Analyse de l'auto - évaluation                             | 26.800 GNF                |
| Audit des structures ayant pris part à l'auto - évaluation | 280.390 GNF               |
| <b>TOTAL</b>   | <b>590.420 GNF</b>        |

**En considérant un coût unitaire de six cent mille francs guinéens (600.000GNF) par structure, l'organisation d'un concours au niveau national coûterait environ trois cent millions de francs guinéens (300.000.000 GNF) pour quatre cent quatre vingt quatre (484) structures soit :**

- 8 DRS/DSVCO ;
- 38 Hôpitaux et CMC (non compris les hôpitaux nationaux) ;
- 38 DPS/DCS ;
- 400 Centres de santé

## **F.5 Les implications institutionnelles de la pérennisation du Concours Qualité**

Le Ministère de la Santé va créer une cellule de pilotage et de suivi de la qualité des soins et des services.

La cellule de pilotage et de suivi de la qualité des soins et des services est chargée :

- De donner les orientations en ce qui concerne les actions d'amélioration continue de la qualité à mener dans le secteur de la santé ;
- De favoriser la concertation et la coordination autour des stratégies à développer et de suivre leur mise en œuvre ;
- D'assurer le suivi de la documentation, de la capitalisation des expériences et des recherches sur la qualité des soins et des services.

Plus spécifiquement cette cellule sera chargée de l'organisation du Concours Qualité au niveau national.

Cette cellule présidée par le Secrétaire Général, auquel elle est rattachée, sera composée des membres du Conseil de Cabinet et des partenaires au développement intéressés par l'amélioration de la qualité. Le secrétariat est assuré par le point focal qualité du MSP et tous les rapports de la cellule ainsi que toutes propositions nécessitant une décision seront soumis au Conseil de Cabinet présidé par Monsieur le Ministre de la Santé.

## F.6 L'utilisation de la performance en qualité de processus comme critère d'allocation des ressources

Dans les perspectives de créer et maintenir la culture qualité dans les structures, en dehors des allocations de base distribuées selon les critères habituelles, les performances enregistrées à la suite d'une session du concours pourraient servir de référence pour obtenir des ressources additionnelles (investissements et fonctionnement).

## F.7 Le Concours Qualité comme outil de coordination de l'Assistance Technique et la création d'un « Fond d'Investissement Concours Qualité »

Le Concours Qualité est une approche systémique d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion dans les structures sanitaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. L'approche intègre pratiquement tous les aspects liés à la qualité. Elle analyse d'une façon systématique et participative chaque structure dans son contexte spécifique. Basée sur cette analyse un Plan d'amélioration spécifique à chaque structure est élaboré par l'équipe de santé de la structure avec l'appui d'un représentant du niveau central, d'un pair et d'un assistant technique. Pratiquement ce Plan d'amélioration focalise sur les problèmes prioritaires identifiés qui sont liés aux six dimensions de la qualité. Le prochain Concours portera entre autres sur l'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'amélioration.

Cette approche ouvre plusieurs opportunités aux différents partenaires du secteur santé :

- ⇒ **Une coordination renforcée** : après chaque Concours le Ministère de la Santé Publique propose les Plans d'amélioration de toutes les structures à ses partenaires. En fonction des stratégies et des zones d'intervention chaque partenaire pourra cibler les activités qu'il appuie. Ainsi le Département est assuré que les interventions des partenaires ciblent effectivement les problèmes prioritaires pour l'amélioration de la qualité et qu'il n'y a pas double emploi sur le terrain. L'avantage pour tous les intervenants est que les problèmes prioritaires sont identifiés d'une façon transparente et participative ce qui est un facteur favorable à la réalisation et au suivi / évaluation des activités.
- ⇒ **Constitution d'un « Fonds d'Investissement Concours Qualité »** : pour assurer la pérennité d'un Concours Qualité annuel et l'appui systématique des Plans d'amélioration, les différents intervenants du secteur santé pourrait mettre en place un « Fonds d'Investissement Concours Qualité ». Ce fonds serait utilisé pour la réalisation des activités prioritaires regroupées (formation,

équipement, infrastructure, assistance technique). Cet exercice représente en quelque sorte une porte d'entrée vers une synergie sectorielle qui a l'avantage de partir des problèmes prioritaires identifiés au niveau opérationnel. A travers cette approche on peut influencer en même temps toute la pyramide sanitaire.

# G. Annexes

## G.1 Questions

G.1.1 Questions Centres de Santé

G.1.2 Questions Hôpitaux

G.1.3 Questions DRS

G.1.4 Questions DPS

## G.2 Plans d'amélioration

G.2.1 Plans d'amélioration Centres de Santé

G.2.2 Plans d'amélioration Hôpitaux

G.2.3 Plans d'amélioration DRS

G.2.4 Plans d'amélioration DPS