

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**SECRETARIAT GENERAL**



**STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE  
DE LA DEMARCHE QUALITE  
INTEGREE(DQI) DANS LES  
STRUCTURES ADMINISTRATIVES,  
TECHNIQUES, DES SOINS ET  
SERVICES DU MINISTERE DE LA  
SANTE PUBLIQUE**

**Edition Septembre 2016**



## Table des matières

<b>PREAMBULE</b> .....	7
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	9
<b>INTRODUCTION</b> .....	15
<b>1. DEFINITIONS DES CONCEPTS</b> .....	16
<b>2. OBJECTIFS DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE (DQI)</b> .....	19
<b>CHAPITRE I. : MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE EN RDC</b> .....	20
<b>I.1. PREALABLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA DQI</b> .....	20
<b>I.2. METHODOLOGIE DE TRAVAIL</b> .....	20
<b>I.3. PROCEDURES DE MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE LA DQI SUR LE TERRAIN</b> .....	22
<b>CHAPITRE II. : CADRE CONCEPTUEL DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE(DQI)</b> .....	27
<b>CHAPITRE III. : ORGANISATION ET DEROULEMENT DES ACTIVITES DQI</b> .....	31
<b>III.1. Organisation, rôles et responsabilités en matière d'amélioration de la qualité à chaque niveau du système</b> .....	31
<b>III.2. Cycle de la démarche d'amélioration continue de la qualité</b> .....	33
<b>III.2.1. Schéma de la roue de DEMING</b> .....	33
<b>III.2.2. Le Programme d'Assurance Qualité suit un cycle conforme à la roue de Deming (PDCA : Plan, Do, Check, Act)</b> .....	33
<b>III.3. AU CENTRE DE SANTE</b> .....	35
<b>III.3.1. La cellule d'évaluation et d'amélioration de la qualité(CEAQ)</b> .....	35
<b>III.3.2. L'auto-évaluation de la qualité au centre de santé</b> .....	35
<b>III.3.3. Les audits et enquêtes de satisfaction des patients</b> .....	37
<b>III.3.4. La périodicité des évaluations</b> .....	37
<b>III.4. A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE</b> .....	38
<b>III.4.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)</b> .....	38
<b>III.4.2. L'auto-évaluation de la qualité à l'HGR</b> .....	38
<b>III.4.3. Analyse de la tenue correcte des dossiers de malades hospitalisés</b> .....	39
<b>III.4.4. Triangulation des évaluations des HGR</b> .....	39
<b>III.4.5. La périodicité des évaluations</b> .....	40
<b>III.5. AU BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE</b> .....	40
<b>III.5.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)</b> .....	40
<b>III.5.2. La périodicité des évaluations</b> .....	40
<b>III.6. A LA DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE</b> .....	40
<b>III.6.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)</b> .....	40
<b>III.6.2. La périodicité des évaluations</b> .....	40

<b>III.7. AU NIVEAU CENTRAL</b> .....	41
<b>III.7.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)</b> .....	41
<b>III.7.2. La périodicité des évaluations</b> .....	41
<b>III.8. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DES CAUSES DE CONTREPERFORMANCES</b> ....	41
<b>III.8.1. Identification et analyse des causes de contre performances</b> .....	42
<b>CHAPITRE IV. : MECANISMES DE PROMOTION DE LA DQI ET DE PERENNISATION DES ACQUIS</b> .....	63
<b>IV.1. Promotion de la Démarche Qualité Intégrée</b> .....	63
<b>IV.2. Pérennisation des acquis</b> .....	63
<b>ANNEXES</b> .....	67



**Photo de famille** : au centre le Directeur a.i. des Soins de Santé Primaires représentant Monsieur le Secrétaire Général a.i. à la Santé entouré (à sa gauche) de Chef de Division des Stratégies de Soins et Recherche Opérationnelle et Organisateur technique de l'atelier et (à sa droite) Dr Noriaki Ikeda Conseiller Technique de Monsieur le Secrétaire Général a.i. à la Santé Publique, ainsi que les participants présents à l'atelier de validation technique de la Démarche Qualité Intégrée du 02 au 07 juin 2015. (Photo prise devant la Chapelle du Centre Thersianum de Kintambo).



**Photo de famille** : En avant-plan et au centre, Monsieur le Secrétaire Général a.i., entouré de son Assistant, du Délégué de l'UE, du Directeur a.i. de la DEP, du Gynécologue-Obstétricienne de l'HGR MAKALA (à sa gauche) et de la Déléguée de SANRU/FM, de la Déléguée de l'OMS, du Délégué de PROSANI+/USAID, du Directeur a.i. de la DSSP, du Chef de Division des Stratégies de Soins et Recherche Opérationnelle, de la Chef de Bureau Soins Curatifs et AQS (à sa droite), ainsi que les autres participants et partenaires (JICA, MEMISA, UNICEF, ASSP/IMA....) présents à la cérémonie d'ouverture officielle de l'atelier de finalisation des Guides cliniques et thérapeutiques HGR, de la Stratégie de mise en œuvre et outils de la Démarche Qualité Intégrée (DQI) et des Normes, directives et outils de Supervision intégrée (SI) du 13 au 20 avril 2016. (Photo prise devant le musée du Jardin Botanique de Kisantu).



## PREAMBULE

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a évolué dans la coexistence de plusieurs approches ou démarches mises en œuvre pour l'évaluation et /ou l'amélioration de la qualité des soins et services dans les formations sanitaires ou autres structures de santé, et cette évolution en vase clos n'a pas encouragé une vision globale de la situation de la qualité des soins et des services offerts au niveau du pays.

Conscients de la situation, l'initiative qui a germé à la Direction de Développement des Soins de Santé Primaires a été partagée par un grand nombre des experts du Ministère de la Santé et des partenaires lors d'une réunion de sensibilisation et de plaidoyer en faveur d'une Démarche Qualité Unique et Intégrée au sein du secteur et dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Lors des journées de sensibilisation tenues du 2 au 4 juillet 2013 à la salle NGWETE/DEP sur le NOYAU QUALITE, les différents partenaires, entendus l'OMS, la JICA, l'UNICEF, MSH-PROSANI(USAID), DFID et HEALTH FOCUS/GIZ, présents à ces assises étaient à l'unanimité d'accord sur les propositions faites par le Ministère de la Santé. Ils avaient émis le vœu que puisse s'arrêter l'évolution en vases clos des approches "QUALITE" pour une harmonisation dans le souci d'efficacité et d'efficience dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et services de santé en RDC.

C'est dans cette optique que ces différentes approches notamment l'Evaluation de la Qualité par les Pairs(EQP), le Monitoring Amélioré pour l'Action (MAA ou L3M), la Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle(FOSACOF), l'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ) ou Systemic Quality Improvement (SQI), l'Assurance Qualité des Soins(AQS) et les 5S - KAIZEN –TQM ont été partagées pour avoir une masse critique des acteurs qui maîtrisent ces outils. Ainsi cet exercice a facilité la compréhension et a permis de mettre en évidence les points de convergence et de divergence entre ces différentes approches en vue de matérialiser notre désir d'harmonisation en une Démarche Qualité Intégrée pour toute l'étendue du pays.

Pour ce faire, un processus inclusif et participatif a été engagé autour d'un noyau d'experts et a ensuite été élargi à d'autres services du Ministère de la Santé et des partenaires pour aboutir à la mise en place effective de cette ***Démarche Qualité Intégrée***.

J'encourage donc tous les acteurs du terrain œuvrant dans le secteur de s'approprier cette démarche pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et des services basée sur les piliers du système de santé. Cette façon intégrée de procéder aidera le Ministère de la Santé à comparer, facilement sur la base des mêmes outils, la qualité des soins et des services offerts à la population de la République Démocratique du Congo.

Pour besoin d'efficacité dans nos actions à tous les niveaux, ces documents normatifs sont opposables à tous les acteurs et intervenants dans le système de santé en République Démocratique du Congo.

Le Ministre de la Santé,

**Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**



## **REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé remercie sincèrement tous les experts à la base de l'initiative de la Démarche Qualité Intégrée ainsi que tous les membres de l'équipe technique de rédaction, dont les noms, institutions, numéros de contact et adresses mail sont repris sur les listes en annexe, pour l'esprit d'initiative heureuse et le sens de créativité pour une harmonisation consensuelle des outils qui opposaient les acteurs œuvrant dans un même système.

Nous remercions les partenaires du Ministère de la Santé, notamment l'OMS, l'UNICEF, la JICA, la Coopération Allemande au travers de la GIZ pour les 2 Projets Health Focus et celui de Renforcement des Services de Santé au Kwango et Sud Kivu (PRSS), le projet Accès aux Soins de Santé Primaires (ASSP) de IMA, MSH-PROSANI+, SANRU, respectivement financés par DFID, l'USAID et le Fonds Mondial. Nous reconnaissons l'expertise technique des hôpitaux, des institutions de l'enseignement supérieur et universitaire, de l'Union Européenne. Ces différents partenaires ont contribué financièrement et/ou techniquement à travers les apports de leurs experts dont la collaboration avec la Direction de Développement des Soins de Santé Primaires au travers de sa Division des Stratégies des Soins et Recherche Opérationnelle, a efficacement permis que leurs institutions respectives participent à la production des outils et instruction de cette démarche qualité intégrée.

Nos remerciements vont aussi aux autorités de la province du Sud Kivu qui se sont impliquées et ont accepté que ces outils soient pré-testés dans les formations sanitaires et les services de leurs ressorts.

Enfin, le Ministère de la Santé ne peut pas terminer ces remerciements sans penser à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail consensuel pour la qualité des soins et des services au pays. Nous osons croire que ce consensus facilitera aussi l'implication de tous les partenaires et du Gouvernement dans le processus de vulgarisation et dissémination de ces documents dans toutes les 26 provinces de la République Démocratique du Congo.

Le Secrétaire Général à la Santé a.i.

**Dr MUKENGESHAYI KUPA**



## LISTE DES ACRONYMES, DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

	Mot, acronyme, abréviation	Définition, signification
A	AC	Animateur Communautaire
	AG	Administrateur Communautaire
	AQ	Assurance Qualité
	AQS	Assurance Qualité des Soins
	ASAQ	Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité
B	BCZS	Bureau Central de la Zone Santé
C	CA	Conseil d'administration
	CAC	Cellule d'Animation Communautaire
	Carte sanitaire	La carte sanitaire est un inventaire de l'offre de soins avec une représentation cartographique. Elle constitue un outil de planification en vue de la rationalisation de l'offre de soins et d'assurer la couverture de la population par les besoins de santé de base.
	CCC	Communication pour le changement de comportement
	CD	Chef de Division
	CEAQ	Cellule d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité
	CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé. Ce sont des élus de la communauté venant des CAC, responsables de la gestion de l'aire de santé avec l'IT.
	COGE (Comité de gestion)	Comité de Gestion de la Zone de santé
	Conditions	Ce sont les attentes, les éléments pour atteindre le standard
	CPMSE	Commission Prestation, Mise en Œuvre, Suivi et Évaluation du CNP
	CPN	Consultation Périnatale
	CPON	Consultation postnatale
	CPS	Consultation Préscolaire
	CNP	Comité National de Pilotage
	Critère général	Stratégie pour soutenir le pilier
	Critère spécifique	Les différentes actions découlant de la stratégie pour soutenir le pilier
	CS	Centre de santé
	CService	Chef de Service
	D	Déchets
DSSP		Direction des Soins de Santé Primaires
DHIS2		District Health Information Software 2
DMS		Durée Moyenne de Séjour
DN		Directeur de Nursing
DGOGSS		Direction Générale de l'Organisation et de Gestion des Services et Soins de Santé
DPS		Division provinciale de la santé
DQI		Démarche Qualité Intégrée
E	ECZ	Equipe cadre de la zone
	ECP	Equipe cadre provinciale
	EEAQ	Equipe d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité
	EQP	Evaluation de la Qualité par les Pairs
F	Formation continue	Ensemble d'activités d'apprentissage que la structure organise périodiquement pour améliorer la performance des agents (distribution des thèmes, supervision, visite de salle, staff etc.)

	<b>Mot, acronyme, abréviation</b>	<b>Définition, signification</b>
	<b>FOSA</b>	Formation sanitaire, Etablissement des Soins
	<b>FOSACOF</b>	Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle
<b>H</b>	<b>HGR</b>	Hôpital Général de Référence
	<b>HGPR</b>	Hôpital Général Provincial de Référence
<b>I</b>	<b>IEC</b>	Informations, éducation et communication
	<b>IPS</b>	Inspection provinciale de la santé
	<b>IS</b>	Infirmier Superviseur
	<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissible
<b>K</b>	<b>KAIZEN</b>	Amélioration continue de la qualité
<b>L</b>	<b>LQAS</b>	Lot Quality Assurance Sampling (méthode simple d'échantillonnage)
<b>M</b>	<b>MAA</b>	Monitoring Amélioré pour Action
	<b>MAPEPI</b>	Maladies à potentiel épidémique
	<b>MCZ</b>	Médecin Chef de Zone
	<b>MCStaff</b>	Médecin Chef de Staff Médical
	<b>MCSERVICE</b>	Médecin Chef de Service
	<b>MD</b>	Médecin Directeur
	<b>MDA</b>	Médecin Directeur Adjoint
	<b>MDH</b>	Médecin Directeur de l'Hôpital
	<b>MSP</b>	Ministère de la Santé
<b>N</b>	<b>NC</b>	Niveau Central ou niveau national de la pyramide sanitaire en RDC
	<b>Normes</b>	Une norme est une référence approuvée par un institut de normalisation reconnu. Elle définit des caractéristiques et des règles volontaires applicables aux activités. Elle est le consensus entre l'ensemble des parties prenantes d'un marché ou d'un secteur d'activité.
<b>P</b>	<b>PDCA</b>	(Plan, Do, Check and Act)= planifier, exécuter/faire, contrôler/vérifier et agir/réadapter, les 4 composantes de la Roue de Deming
	<b>PEC</b>	Prise en charge
	<b>PEV (Programme Elargi de Vaccination)</b>	Le PEV est l'un des 52 programmes de santé publique prioritaires du Ministère de la Santé avec mission de protéger les enfants par l'immunisation par les vaccinations, contre certaines maladies meurtrières de l'enfance.
	<b>PF</b>	Planning familial
	<b>Plan d'Action Intégré</b>	Un plan d'action élaboré au début de l'année auquel on ajoute d'autres activités d'amélioration ou de développement de la structure pendant l'année en cours (PAO + PA)
	<b>Plan d'amélioration</b>	Micro planification, y compris les ressources à mobiliser, que l'on élabore après une évaluation et à la lumière du potentiel d'action identifié, avec pour but d'améliorer les performances.
	<b>Plan de maintenance préventive</b>	Un document qui prévoit l'entretien périodique des infrastructures et des équipements en fonction des instructions données par le fabricant avec des indications précises des tâches et des dates.
	<b>Pilier</b>	Le soutien ou support; le système de santé a 6 piliers qui le soutiennent (Infrastructures et équipement, MEG, Développement des RSH, Gouvernance et leadership, Prestations et Information sanitaire)
	<b>PIPO</b>	Proportion des Infections Post-Opératoires
	<b>PMA</b>	Paquet minimum d'activités
	<b>Prise en Charge Intégré de la Maladie de l'Enfant (PCIME)</b>	Un programme de l'OMS en direction de tous les pays membres afin d'assurer la prise en charge correcte de toutes les pathologies de l'enfant au cours d'un épisode y compris la prévention.
	<b>Protocoles de prise en charge</b>	Les documents qui définissent le diagnostic, la conduite à tenir devant un problème de santé.(Diagnostic, prescriptions de médicament, conseils et la promotion).
		<b>PTF</b>

	Mot, acronyme, abréviation	Définition, signification
	PV	Procès-verbal
	PVVS	Personne vivant avec le virus du Sida
Q	Qualité	Perfection répondant aux normes ISO
	Qualité de soins	L'exécution correcte (conformes aux normes) d'interventions que l'on sait sûre et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et en fonction des besoins du client (OMS).
R	RDC	République Démocratique du Congo
	RECO	Relais communautaire
	Référence / Contre référence	C'est un <b> système d'orientation recours </b> permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre ayant un plateau technique plus élevé que le premier.
	ROI	Règlement d'ordre intérieur
	RUMER	Registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes
S	S&E	Suivi et évaluation
	SG	Secrétaire Général
	Supervision Intégrée	Activité qui consiste à soutenir et à aider l'individu ou l'équipe à mieux exécuter les tâches selon les instructions afin d'offrir des prestations de qualité pour la satisfaction des clients et son propre développement professionnel.
	SIMR	Surveillance intégré des maladies et riposte
	SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
	SMNI-J	Santé maternelle, néonatale, infantile et de jeunes
	SNIS	Système national d'information sanitaire
	SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
	SP	Soins palliatifs
	SQI	Systemic Quality Improvement/Approche systémique d'amélioration de la qualité ASAQ
	Standard	C'est la norme, la référence.
T	TOL	Taux d'Occupation des Lits
	TQM	Total Quality Management
U	Usagers	Une personne qui utilise un service de santé ou en d'autres termes une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins. Client.
Z	ZS	Zone de santé



## INTRODUCTION

La qualité des soins et des services est ressentie comme une impérieuse nécessité car elle permet d'améliorer les services et les soins de santé pour les populations avec les ressources humaines, matérielles et financières disponibles.

Pour sa mise en place à tous les niveaux du système de santé, nous avons estimé bon d'aller ensemble dans une démarche inclusive et participative qui facilitera l'application sur le terrain, car il faudra des nombreuses actions au niveau des zones de santé pour améliorer la couverture en services et soins de santé de qualité, à savoir : les constructions/réhabilitations des infrastructures sanitaires ainsi que leur équipement adéquat et la maintenance régulière, l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, les supervisions régulières et intégrées, la mise en place d'une base des données sur l'évaluation de la qualité dans les structures de santé, l'utilisation des ordinogrammes des soins au centre de santé et le respect des guides thérapeutiques au niveau de l'Hôpital Général de Référence (HGR) ainsi que d'autres mécanismes comme la mise en place des boîtes à suggestions, des audits qualité et des enquêtes satisfaction pour explorer tous les éléments plus subjectifs centrés sur le patient tels que l'accueil, l'empathie et l'écoute des bénéficiaires/patients, etc.

La vision des soins globaux, intégrés et continus tels que stipulés dans la politique sanitaire de notre pays exige d'assurer une bonne harmonisation de différents outils d'amélioration de la qualité, pour faciliter au Ministère de la Santé d'effectuer avec possibilité de comparaisons le suivi de la qualité des soins qui sont administrés à la population congolaise. C'est dans cette optique que nous avons mis l'accent sur les piliers du système pour ne pas omettre quelques éléments importants à prendre en compte.

Dans le souci de la prise en compte de l'efficacité dans le système de santé de la RDC, étant donné que différentes approches de qualité coexistent sans permettre de faire des comparaisons et sont mises en œuvre de façon parcellaire pour l'évaluation et/ou l'amélioration de la qualité des soins et services dans les formations sanitaires ou autres structures de santé, notamment l'Évaluation de la Qualité par les Pairs(EQP), le Monitoring Amélioré pour l'Action (MAA ou L3M), la Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle (FOSACOF), l'Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (ASAQ) ou le Systemic Quality Improvement (SQI) et les 5S - KAIZEN –TQM, un désir d'harmonisation en vue de l'efficacité s'est dégagé depuis 2012 et matérialisé lors des journées de sensibilisation sur le SQI organisées du 2 au 4 juillet 2013 et par les contacts qui ont suivi avec les différents partenaires du Ministère de la Santé, entendus l'OMS, JICA, l'UNICEF, MSH-PROSANI et HEALTH FOCUS sous financement de la Coopération Allemande au travers de la GIZ.

À l'issue de ce processus de sensibilisation, les différents partenaires ont à l'unanimité émis le vœu que le Ministère de la Santé puisse arrêter cette évolution en vase clos des approches qualité, en vue d'une harmonisation de toutes les approches pour besoin d'efficacité et d'efficience dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et services de santé. C'est ainsi qu'un atelier a été préparé et tenu au mois de juin 2015 pour élaborer la démarche qualité intégrée.

Conscient de l'existence des plusieurs approches QUALITE dans la mise en œuvre des activités dans le système de santé congolais, le Ministère de la Santé à travers la Direction qui s'occupe de la qualité des soins et des services a, dans sa phase de la redynamisation du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité, échangé avec tous ceux qui utilisent l'une ou l'autre approche qualité en vue d'harmoniser les contenus pour une démarche qualité intégrée permettant d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et des services sur base des mêmes éléments et dans un système intégré et efficace.

## 1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

### ▪ **Amélioration continue de la qualité :**

C'est une approche visant à améliorer et maintenir la qualité. Elle fait appel à des évaluations internes et relativement constantes (par opposition à intermittentes) des causes possibles de défauts de qualité, suivies d'actions pour éviter une baisse de la qualité ou pour y remédier rapidement.

### ▪ **Amélioration du processus :**

Désigne un effort continu pour s'informer de tous les aspects d'un processus et pour utiliser cette connaissance afin de modifier le processus en réduisant les variations et la complexité pour rehausser le niveau des performances. Pour améliorer le processus, il faut d'abord comprendre la manière dont les consommateurs/bénéficiaires eux-mêmes définissent la qualité, le fonctionnement du processus, et savoir comment la compréhension des variations de ce processus peut déboucher sur des actions de management pertinentes à mettre en place.

### ▪ **Amélioration de la qualité de soins**

L'amélioration de la qualité des soins est le résultat de l'interaction entre plusieurs intrants qui contribuent à l'assurance qualité des soins offerts à la population parmi lesquels on peut citer: (i) les directives claires sur les actes et gestes à poser par le personnel de santé notamment sur la prise en charge ou la référence, la prescription d'antibiotiques, etc. (ii) l'approvisionnement régulier en intrants non salariaux, et en particulier en médicaments essentiels, l'équipement adéquat et la maintenance régulière des établissements des soins (réhabilitation et entretien), (iii) la supervision formative et intégrée périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) la mise en place d'un système d'information permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers et des centres de santé (système d'information hospitalière, etc.) ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que l'accueil et l'écoute des usagers, etc. (Normes de la ZS, version 2012).

### ▪ **Assurance Qualité :**

C'est un ensemble d'actions prises pour atteindre le niveau de qualité visé ou qu'elle s'en rapproche raisonnablement.

### ▪ **Audit de la Qualité :**

L'audit clinique de la qualité est un contrôle de qualité des soins offerts. Cette sorte d'évaluation permet d'une part de vérifier que la qualité des actes diagnostiques et thérapeutiques est maîtrisée, et d'autre part d'apporter des améliorations en cas de constatation d'écarts.

- **Contre référence :**

La contre-référence est un mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque du niveau de soins ayant un plateau technique plus élevé, où ils ont reçu des soins appropriés vers le niveau de soins qui les y a référés.

- **Critère :**

C'est une norme par rapport à laquelle quelque chose est jugée ou évaluée.

- **Critère de qualité :**

C'est un aspect ou une caractéristique d'un produit ou d'un service par lequel un consommateur interne ou externe juge de la présence ou de l'absence de la qualité. C'est la caractéristique définissant les aspects les plus importants des intrants, des processus et des résultats.

- **Démarche Qualité :**

C'est un processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue.

- **Démarche Qualité Intégrée :**

La Démarche Qualité Intégrée est une approche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services au niveau systémique du Ministère de la Santé. Elle est née et prend en compte les éléments de convergence et l'harmonisation des éléments de divergence retrouvés dans les différentes approches QUALITE utilisées. En RDC, ces approches utilisées avant sont notamment AQS, FOSACOF, MAA, 5S-KAIZEN-TQM, ASAQ/SQI, EQP etc.

Le cadre conceptuel de cette Démarche Qualité Intégrée est basé sur les piliers du système de santé dans les structures offrant les services du Niveau central jusqu'au niveau communautaire en passant par les établissements des soins du niveau opérationnel. Cette démarche explore également les comportements ou pratiques clés favorables à la santé à travers les enquêtes ménages dans la communauté, les enquêtes satisfaction des patients et leurs familles ainsi que les enquêtes satisfaction des prestataires. Elle exploite également les données des boîtes à suggestions au niveau des structures pour l'analyse de la satisfaction.

- **Equipe :**

C'est un groupe d'individus ayant une interaction, un but commun, ainsi que la responsabilité d'obtenir la réalisation d'un but fixé.

- **Indicateur :**

C'est une variable (ou une caractéristique) mesurable pouvant aider à déterminer dans quelle mesure une norme ou des objectifs de qualité sont atteints.

- **Normes (Standards) :**

Ce sont des spécifications relatives à la performance qui, si elles étaient atteintes, aboutiraient au niveau de qualité le plus élevé possible dans le système. Une norme peut être aussi une déclaration énoncée par une autorité pour stipuler les attentes à propos d'un produit, d'un service, d'un comportement ou d'un résultat. Les normes peuvent être des règles (comme des protocoles) ou des spécifications (par exemple,

l'utilisation d'une aiguille stérile différente pour chaque enfant à vacciner). Elle définit des caractéristiques et des règles volontaires applicables aux activités. Elle est le consensus entre l'ensemble des parties prenantes d'un secteur d'activité.

- **Plan d'amélioration :**

C'est une micro planification, y compris les ressources à mobiliser, que l'on élabore après une évaluation et à la lumière du potentiel d'action identifié, avec pour but d'améliorer les performances.

- **Planifier, Faire, Vérifier, Agir (PFVA) ou Plan Do Check Act (PDCA):**

Ce sont les étapes clés de la mise en œuvre et de l'évaluation d'activités pour l'amélioration de la qualité avec la Roue de Deming.

- **Référence:**

C'est un système d'orientation recours permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre ayant un plateau technique plus élevé que le premier.

- **Qualité :**

C'est la mesure dans laquelle la performance ou la réalisation correspond aux normes qui ont été fixées.

- **Qualité des Soins :**

C'est la résultante d'actes diagnostiques et thérapeutiques délivrés au patient qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel des connaissances de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, à sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, de contacts humains à l'intérieur du système(OMS).

La qualité des soins est ce qui se passe à tous les points de service le long du continuum de soins, et la haute qualité de soins est une fonction de la capacité du système à produire des soins qui répondront aux besoins du patient de manière efficace, adaptée et respectueuse...(David Nicholas).

La qualité des soins de santé c'est le degré pour lequel les services de santé pour des individus et des populations accroissent la probabilité des résultats de santé escomptés et sont consistants avec les connaissances professionnelles actuelles"(Institut de Médecine, Etats-Unis).

De manière opérationnelle, c'est un ensemble des mesures prises par les services de santé qui garantissent à la communauté bénéficiaire la satisfaction de ses besoins de santé.

- **Satisfaction du patient :**

C'est le degré avec lequel un patient exprime une attitude positive ou négative à l'égard des services de santé en général.

- **Soins de santé:**

Ils désignent un ensemble des précautions et des actions qui permettent de maintenir la santé, de l'améliorer, de la restaurer et de la réadapter.

## **2. OBJECTIFS DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE (DQI)**

### **2.1. Objectif Général**

Contribuer à l'évaluation de l'amélioration progressive de la qualité des soins et des services offerts à la population congolaise dans un cadre systémique pour influencer positivement sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent avec l'implication et la satisfaction effectives des bénéficiaires/usagers et des prestataires à tous les niveaux du système de santé.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

1. Renforcer les capacités des prestataires des soins et services ainsi que la communauté dans l'amélioration de la qualité ;
2. Impliquer la communauté bénéficiaire dans le processus d'évaluation pour s'en approprier ;
3. Evaluer régulièrement la qualité des soins et des services ;
4. Identifier les goulots d'étranglement qui entravent la bonne marche des activités ;
5. Elaborer les actions correctrices avec l'implication de tous les acteurs de la santé ;
6. Améliorer progressivement la qualité des soins et des services à tous les niveaux ;
7. Générer les données sur la qualité des soins et des services sur le plan national ;
8. Faciliter la comparabilité sur le plan national de la qualité des soins et des services offerts ;
9. Produire une base des données nationale sur la qualité des soins et services offerts ;
10. Servir de base factuelle à la planification à tous les niveaux du système de santé ;
11. Introduire dans les services et établissements de soins, une démarche qualité pragmatique centrée sur l'amélioration continue de la qualité des soins et des services;
12. Impliquer le personnel en équipes dans la gestion de la qualité des soins et des services;
13. Favoriser l'acquisition des compétences organisationnelles et relationnelles pour l'atteinte des résultats de qualité.

### **2.3. But de ce document de stratégie de mise en œuvre de la DQI**

Ce document s'adresse aux membres des cellules et des équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité(CEAQ/EEAQ) des soins et des services à tous les niveaux du système de santé, y compris les parties prenantes notamment les acteurs de terrain, les partenaires d'appui, les représentants des bénéficiaires et les acteurs de la société civile.

Il a pour but de leur fournir des orientations claires sur la mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée dans un contexte des ressources limitées comme en RDC.

## **CHAPITRE I. : MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE EN RDC**

### **I.1. PREALABLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA DQI**

La mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée exige : Une harmonisation des différentes approches qualité au sein du Ministère de la Santé pour une démarche unique et opposable à tous pour faciliter le travail et la comparaison sur les mêmes bases ;

- Une réalisation des états de lieux des différentes approches (Méthodologie, Plan de travail, champ d'action, budgétisation, cibles, résultats, ...)
- Une coordination des différentes approches de qualité au sein du Ministère de la Santé pour une approche intégrée de gestion de la qualité;
- Un accroissement de la masse critique des cadres, agents et prestataires adhérant et s'appropriant de la démarche qualité intégrée;
- Une formation des membres des équipes et cellules qualité ainsi que les acteurs de terrain en République Démocratique du Congo ;
- Une rationalisation du fonctionnement et l'organisation de services pour l'amélioration continue de la qualité du travail ;
- Une réalisation des audits de qualité dans les structures des soins et des enquêtes satisfaction auprès des patients ou membres de leurs familles entrain de quitter l'établissement des soins;
- Une dotation des moyens matériels, logistiques, financiers et de fonctionnement pour la Direction en charge de la qualité (DSSP/ future DGOGSS) et tous les autres services concernés;
- Une mise en place d'une base des données nationale pour l'assurance qualité alimentée par les données venant des toutes les 26 provinces de la RDC.
- Une mise en place des services de santé accessibles et fonctionnels dotés en (1) ressources humaines qualifiées, selon les normes et qui maîtrisent les directives et instructions, (2) médicaments, intrants, vaccins et commodités pour chaque intervention à mener, (3) prestations effectives des soins selon les normes de différentes stratégies des soins ;
- Un renforcement des capacités des communautés et leur implication effective dans la gestion et réalisation des activités (participation communautaire);
- Une collecte progressive des données sur les outils appropriés (Registres, fiches de stock, RUMER, Fiches des soins etc);
- Un bon archivage et une bonne tenue des outils de gestion ;
- Une auto-évaluation avant l'évaluation proprement dite par les pairs ou par une équipe externe des évaluateurs/auditeurs ;

### **I.2. METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

**La mise en œuvre du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins et des services doit veiller, pour être efficace, à l'application des méthodes suivantes :**

- **Revue documentaire :**

L'équipe ou la cellule d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EEAQ ou CEAQ) doit se baser sur les éléments/outils se trouvant dans les services et établissements de soins pour évaluer la qualité avant de mettre en place le plan d'amélioration par rapport aux problèmes, goulots d'étranglement, faiblesses ou déficiences observées.

- **Enquêtes :**

Les vérifications seront faites dans les établissements de soins et les différents services pour apprécier la qualité.

Les enquêtes de satisfaction seront également menées auprès des prestataires mais surtout des usagers/patients/clients/bénéficiaires ayant utilisé les services pour se faire une idée de leur satisfaction tant soit peu subjective sur l'offre de services dans l'établissement de soins.

- **Exploitation des données de la boîte à suggestions :**

Les informations, qui seront issues de la boîte à suggestions mise en place dans un endroit accessible de l'établissement des soins et dont le but sera clairement expliqué à tout usager reçu ou admis pour les soins ainsi que les membres de sa famille, permettront de prendre des décisions sur des bases factuelles après leur dépouillement.

- **Evaluation de la qualité :**

La démarche qualité intégrée sera appliquée pour une évaluation exhaustive et systémique de la qualité suivant une périodicité qui sera explicitée dans les différents outils à utiliser en veillant sur la complémentarité pour être plus efficace. Le suivi de l'utilisation correcte des ordinogrammes des soins au CS, du guide clinique et thérapeutique des HGR et la mise en œuvre d'un système de supervision intégrée contribueront efficacement à l'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi qu'au renforcement des capacités des cadres, agents et prestataires des soins.

- **Audits de la qualité:**

Les audits seront réalisés en se basant sur les outils disponibles en respectant une périodicité bien déterminée en vue de l'accréditation de la structure ayant bénéficié des évaluations internes et externes par la démarche qualité intégrée.

- **Réunions de coordination :**

Les réunions des équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité au niveau local vont favoriser la maîtrise du processus de la DQI et permettront d'avoir une masse critique des experts et cadres du Ministère de la Santé qui connaissent et appliquent la démarche qualité intégrée. Les réunions préparatoires : rencontres de planification des activités et les réunions d'évaluation: rencontres d'évaluation du niveau de mise en œuvre de la démarche qualité intégrée seront tenues pour la bonne application de la DQI. La coordination de la DQI est assurée par la DSSP, plutard la DGOGSS par l'entremise de sa Division Prestations et Assurance Qualité des Soins qui assurera la coordination de la mise en œuvre de la qualité des soins et des services. Les réunions se tiendront à tous les niveaux du système pour renforcer le travail en équipe.

- **Etat de lieux :**

Un état des lieux sera requis avant la mise en place des équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans les établissements des soins et autres structures du Ministère de la Santé. Cela permettra de faire l'analyse des méthodologies, plans de travail, champs d'actions, budgétisations, cibles, résultats, ... de chaque intervenant sur le terrain dans le cadre d'une démarche qualité intégrée.

### I.3. PROCEDURES DE MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE LA DQI SUR LE TERRAIN

#### I.3.1. Préalables à la mise en place de la DQI

Pour appliquer les normes dans une structure ou un établissement de soins, il faut au moins :

- Réunir les principaux chefs de service et membres du personnel et examiner ensemble les avantages des normes ainsi que les efforts exigés. Il est utile de faire appel alors, comme dans d'autres occasions, aux représentants des bénéficiaires des soins de santé et du public;
- Passer les normes en revue et décider lesquelles conviennent aux services et activités en cause;
- Familiariser le personnel avec les normes, en formant pour commencer des petits groupes correspondant aux domaines où elles s'appliquent;
- Constituer une petite équipe pour procéder à une auto-évaluation et savoir où se situent les principales lacunes au regard des normes ;
- Charger des groupes de travail d'étudier les moyens de combler ces lacunes, de concevoir les mesures et les procédures ;
- Assurer la formation du personnel et retenir les meilleures pratiques à mettre en œuvre ;
- Poursuivre la collecte de données pendant la réalisation des activités et procéder à une auto-évaluation pour savoir si les lacunes ont été comblées.

#### I.3.2. Dissémination des directives et instructions

Dans la mise en place de la DQI, une stratégie de diffusion doit être mise en place à tous les niveaux du système de santé.

N°	Responsables	Cibles	Activités de dissémination
Au niveau communautaire			
1.	Infirmier titulaire du CS	Les relais communautaires du CODESA, les pairs éducateurs, les leaders communautaires, leaders d'opinion, leaders religieux, les membres des OAC (organisations à assises communautaires) etc	Briefing pendant les réunions de CODESA
Au niveau des établissements des soins et autres services			
1.	Médecin Chef de Zone	CS : Membres de la CEAQ (Infirmier Titulaire, Infirmier Titulaire Adjoint), prestataires des soins	Briefing sur la DQI pendant les sessions de formation, Briefing sur la DQI pendant les missions de supervision,
2.	Médecin Chef de Zone et les spécialistes de la DPS	HGR : Membres de l'EAAQ (MDH, DN, MCStaff, MCService S&E), prestataires des soins	Briefing sur la DQI pendant les sessions de formation, Briefing sur la DQI pendant les missions de supervision,
3.	Chef de la Division Provinciale de la Santé avec les Encadreurs Provinciaux Polyvalents	BCZS : Membres de l'EAAQ (MCZ, AG, IS, AC),	Briefing sur la DQI pendant les sessions de formation, Briefing sur la DQI pendant les missions de supervision et d'accompagnement des ZS
4.	Direction des Soins de Santé Primaires/DGOGSS	HGPR: Membres de l'EAAQ (MDH, DN, MCStaff, MCService S&E), prestataires des soins	Séminaire de formation sur la DQI du Staff désigné par le Responsable Briefing sur la DQI pendant les réunions de service

		DPS : Membres de l'EAAQ (CD, Analystes de 1 <sup>ère</sup> classe, Analystes Assistants, Chefs de bureaux, Inspecteurs chargé de la qualité des médicaments et des soins),	Formation des formateurs sur la DQI
		Service du Niveau Central : Membres de l'EAAQ (MD, MDA, CD S&E, CService S&E),	Formation des formateurs sur la DQI et le PAQ spécifiques des interventions des programmes spécialisés

### **I.3.3. Mise en place des cellules et équipes qualité**

#### **I.3.3.1. Désignation des membres des équipes/cellules qualité au sein des structures :**

Dans chaque service ou établissement des soins, les cellules ou équipes qualité fonctionnelles seront mises en place avec le choix de leurs membres pour assurer le suivi à ce niveau.

#### **I.3.3.2. Mise en place d'une équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EAAQ):**

La mise en place d'une EAAQ est requise dans toute structure pour faciliter le travail de suivi et évaluation des activités relatives à l'amélioration de la qualité des soins et des services. Les structures et/ou établissements des soins mettront en place des équipes qui sont des structures fonctionnelles/opérationnelles et non organiques ; pour les centres de santé ce sont des cellules d'évaluation et d'amélioration de la qualité(CEAQ) tandis que pour les HGR jusqu'aux services du niveau central, ce sont des équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EAAQ).

##### **I.3.3.2.1. Au Centre de Santé**

La CEAQ est coordonnée par l'infirmier titulaire qui peut se faire seconder ou représenter par son adjoint ou un autre membre de l'équipe du centre de santé pour plus d'efficacité. Elle est mise en place par le Médecin chef de Zone de santé et utilise les outils adaptés et validés au niveau central du Ministère de la Santé.

##### **I.3.3.2.2. Au niveau de l'HGR et l'HGPR**

L'EAAQ a comme coordonnateur principal le Médecin Directeur de l'hôpital secondé par Médecin Chef de Staff médical et le Directeur de Nursing. Tous les chefs de services sont d'office membres de cette équipe pour besoin d'efficacité. Tout se fait sous la supervision du MCZ pour la ZS et du Chef de Division pour la DPS.

##### **I.3.3.2.3. Au Bureau Central de la Zone de Santé**

L'EAAQ est coordonnée par le Médecin Chef de Zone de santé secondé par l'infirmier superviseur et les autres cadres de l'ECZ en sont membres.

##### **I.3.3.2.4. Au niveau de la DPS**

L'EAAQ est dirigée par le Chef de Division provinciale qui est secondé par le Chef de Bureau Appui technique. Les responsables des autres bureaux en sont membres.

##### **I.3.3.2.5. Au Niveau Central**

L'EAAQ est coordonnée par Directeur chef de service ou son adjoint, il est secondé par le responsable de la qualité des soins ou de services au sein de la structure, les Chefs de Divisions ainsi que les chefs de services dont le suivi et évaluation sont membres de cette équipe. A ce niveau tout se fait sous la supervision du Secrétaire Général à la Santé.

### I.3.4. Formation des membres des équipes

Les membres des Cellules et des Equipes d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité doivent être formés dans la Démarche Qualité Intégrée en général et sur les aspects spécifiques de la qualité des Soins et des Services. Cette formation aidera à maîtriser les aspects systémiques de l'évaluation, de l'amélioration et du maintien de la qualité.

Cette formation doit se faire en 3 étapes principales :

#### I.3.4.1. Formation des Formateurs au niveau central

La mise en place de cette démarche nécessite d'avoir une masse critique des cadres et agents qui maîtrisent ce qu'ils doivent réellement faire pour sa fonctionnalité optimale à tous les niveaux du système de santé.

C'est dans cette optique qu'il est prévu dans un premier temps une formation des formateurs au niveau central pour avoir un même entendement sur la Démarche Qualité Intégrée car les éléments de départ contenus dans les piliers du système servant de base à la DQI sont les mêmes avec le PAQ spécifiques de lutte contre les maladie. Ces liens méthodologiques sont à maîtriser dans le processus de mise en œuvre. Ensuite, ces formateurs transmettront ces connaissances aux Divisions Provinciales de la Santé censées encadrer et accompagner les Zones de santé.

- **Profil de formateurs :** Membres de la Sous-Commission Qualité des soins et des services de la Commission Prestations, Mise en œuvre et Suivi –Évaluation(CPMESE) du CNP, Directeurs Centraux et des Programmes spécialisés, Cadres et agents des directions et programmes, Cadres travaillant dans les cellules ou divisions de suivi et évaluation dans différents services du MSP au niveau central.
- **Combien de formateurs :** à déterminer en fonction des besoins de mise en œuvre
- **Durée de la formation :** elle prendra en compte
  - ✓ 4 jours des exposés magistraux sur la qualité des soins et des services
  - ✓ 2 jours d'exercices de terrain pour l'application de la théorie
  - ✓ 1 jour de restitution sur l'exercice de terrain

#### I.3.4.2. Formation des Accompagnateurs/Formateurs au niveau des provinces

- **Profil de formateurs provinciaux:** Encadreurs Provinciaux Polyvalents, Cadres dans les Bureaux Provinciaux des Programmes spécialisés, autres Cadres et agents de la DPS et de l'IPS.
- **Combien de formateurs :** à déterminer en fonction des besoins de mise en œuvre
- **Durée de la formation :** elle prendra en compte
  - ✓ 4 jours des exposés magistraux sur la qualité des soins et des services
  - ✓ 3 jours d'exercices de terrain pour l'application de la théorie
  - ✓ 1 jour de restitution sur l'exercice de terrain

#### I.3.4.3. Formation des prestataires des soins et des membres de la communauté

- **Profil de formateurs des ZS:** Membres des Equipes Cadres de ZS, Equipes des Hôpitaux Généraux de Référence et de Centres de Santé.
- **Combien de formateurs :** à déterminer en fonction des besoins de mise en œuvre
- **Durée de la formation :** elle prendra en compte
  - ✓ 4 jours des exposés magistraux sur la qualité des soins et des services
  - ✓ 3 jours d'exercices de terrain pour l'application de la théorie
  - ✓ 1 jour de restitution sur l'exercice de terrain

**N.B. : Ces formateurs auront à briefer les représentants de la communauté pour leur implication dans la mise en œuvre effective et l'évaluation.**

#### I.3.5. Dotation en outils

Dans le souci d'évaluer sur les mêmes bases, les outils standardisés de la DQI seront rendus disponibles pour collecter les données des différentes évaluations en respectant la périodicité établie pour chaque niveau. Ces outils doivent être distribués aux participants pendant la formation pour faciliter leur utilisation et aux membres des équipes et cellules qualité pour la mise en œuvre proprement dite. Cette appropriation qui est renforcée pendant la formation et l'utilisation effective aidera à maîtriser ces outils pour leur utilisation efficace.

##### ▪ **Désignation des membres des équipes/cellules qualité au sein des structures :**

Dans chaque service ou établissement des soins, les cellules ou équipes qualité fonctionnelles seront mises en place avec le choix de leurs membres pour assurer le suivi à ce niveau en respectant la composition qui est décrite ci-haut;

##### ▪ **Mise en place d'une équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ):**

La mise en place d'une EEAQ est requise dans toute structure pour faciliter le travail de suivi et évaluation des activités relative à l'amélioration de la qualité des soins et/ou services.

##### ▪ **Plaidoyer :**

Un plaidoyer doit être fait auprès des partenaires et du Gouvernement de la République pour la mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre effective de la Démarche Qualité Intégrée par la reprographie des outils, l'appui financier aux sessions d'évaluation y compris aux enquêtes ménages, et la planification selon la Roue de Deming PDCA (Plan, Do, Check and Act) c'est-à-dire planifier, exécuter/faire, contrôler/vérifier et agir/réadapter.

##### ▪ **Choix des thèmes en chantier sur la démarche qualité :**

Différents thèmes seront ciblés et feront partie des débats dans la programmation des activités de cette équipe.

Au niveau central, la coordination veillera à fournir, à travers la sous-commission qualité des soins et des services, la matière à la Commission Prestation, Mise en Œuvre, Suivi et Evaluation(CPMESE) du CNP pour le suivi de la qualité.

- **Sensibilisation et formation du personnel sur la démarche qualité intégrée :**

Les missions de sensibilisation seront effectuées lors de la dissémination de la démarche qualité intégrée à travers les 26 DPS pour son application effective et son opposabilité à tous par la signature du préambule de la DQI par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Les sessions de formation à tous les niveaux seront également organisées pour avoir une masse critique des cadres et agents qui maîtrisent la démarche sur le terrain. Le niveau national va former les formateurs provinciaux qui eux continueront en cascade la formation dans les Zones de santé.

- **Identification des acteurs et de leurs besoins :**

Dans le souci d'assurer l'acceptabilité et l'agrément, les acteurs clés seront identifiés et leurs besoins capitalisés pour assurer ensuite les procédures de motivation (médailles de mérite, récompense, bonus, signe distinctif, portrait du prestataire de l'année, certification etc) qui constituent un facteur d'émulation pour la suite, éventuellement primer les acteurs qui se distingueront dans la poursuite de l'amélioration de la qualité.

- **Formalisation des exigences des moyens et des résultats :**

Les directives et instructions seront élaborées pour la formalisation des exigences des moyens et des résultats par rapport aux responsabilités et à la redevabilité.

Les contrats de performance dans le cadre de financement basé sur les résultats (FBR) seront signés à cet effet pour l'amélioration de la qualité des soins et des services, ce paiement sera consécutif aux évaluations trimestrielles qui se feront dans les services et établissement des soins.

- **Suivi et évaluation de la démarche qualité intégrée :**

La coordination veillera à la mise en place des mécanismes de suivi et évaluation de la démarche qualité intégrée sur toute l'étendue du pays.

- **Des audits qualité:**

Des audits médicaux et de décès seront réalisés à un rythme semestriel ou annuel au niveau des HGR pour évaluer la tenue des dossiers de malades hospitalisés et les décès enregistrés pendant la période concernée et leurs causes.

- **Des enquêtes et de la qualité des données :**

La DQI prendra également en compte les enquêtes auprès de la communauté pour la promotion des pratiques-clés favorables à la santé en utilisant les méthodes d'échantillonnage comme le **LQAS**, l'**EAS** et d'autres, elle se fera aider d'autres méthodes pour évaluer la qualité de données comme le **RDQA** et la validation.

Pour éviter de surcharger la démarche, ces deux méthodes LQAS/EAS seront utilisées par les zones de santé dans le cadre de la recherche opérationnelle et des enquêtes ménages sur la qualité et la promotion des pratiques clés favorables à la santé.

## CHAPITRE II. : CADRE CONCEPTUEL DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE(DQI)

Le Ministère de la Santé dans le cadre programmatique de son PNDS 2016-2020 recommande, pour le **programme d'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population**, un appui spécifique pour le développement d'une **Démarche Qualité Intégrée (DQI)** à travers les différentes composantes du processus d'assurance qualité (*Page 65, 3<sup>ème</sup> paragraphe*).

La démarche qualité intégrée a un cadre conceptuel et les outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité pour les prestations des soins et des services dans les établissements des soins au niveau opérationnel(CS et HGR), et de prestations des services au niveau des structures d'appui ou d'accompagnement technique et le niveau normatif (BCZS, DPS et NC), ainsi que la réalisation des enquêtes ménages au niveau de la communauté sur l'appropriation des pratiques clés favorables à la santé ou des enquêtes satisfaction des patients/accompagnants et des prestataires/personnel soignant. Pour ces enquêtes ménages l'échantillonnage est fait par la méthode d'échantillonnage aléatoire systématique (EAS).

Ce cadre conceptuel pour l'amélioration de la qualité des soins et services en RDC repose sur les éléments repris dans la figure ci-dessus qui entrent dans l'efficacité d'un système de soins de santé:

### II.1. Intrants :

Tout ce qui peut servir à bien mener le processus de mise en place de la démarche qualité intégrée et les prestations sur le terrain, notamment :

- La présence des ressources humaines qualifiées et bien formées en nombre suffisant, des infrastructures et les équipements en bon état,
- L'application de la stratégie nationale de santé (les soins de santé primaires),
- Les stratégies des soins à travers l'utilisation des guides cliniques et thérapeutiques dans les hôpitaux généraux de référence et des ordigrammes des soins dans les centres de santé, ainsi que les fiches techniques des programmes spécialisés ; l'application des normes, directives, standards et instructions,
- La disponibilité des médicaments, des consommables, des vaccins, des commodités et autres intrants spécifiques de bonne qualité,
- La disponibilité des ressources financières, de la technologie et de laboratoire ;
- La collecte des données et le système d'informations,
- Le temps comme intrant non récupérable.

### II.2. Processus :

Il faut s'assurer de la sensibilisation et de la concertation avec les parties prenantes ; une attention particulière sera mise sur le déroulement du processus pour permettre d'être proactifs et d'opérer des réajustements nécessaires quand il le faut.

Le processus englobe :

- La formation continue du personnel pour sa remise à niveau, son recyclage et le renforcement de ses capacités opérationnelles;
- La résolution, à travers un travail en équipe, des problèmes rencontrés dans le processus en veillant sur leur identification, l'analyse causale, la mise en place des moyens, des actions correctrices et le suivi-évaluation ;
- L'approvisionnement en intrants cités ci-haut, le travail en équipe des ressources humaines pour une gestion axée sur les résultats, la maintenance aussi bien préventive que curative des infrastructures et équipements ;
- Le partage des résultats obtenus sans oublier la possibilité d'accorder une motivation sous forme de bonus, de médailles de mérite, de brevets et d'accréditation selon le cas ;

Pendant ce processus il y a la possibilité d'opérer un recadrage du plan d'action opérationnel.

### **II.3. Produits intermédiaires/extrants :**

Partant des intrants et du processus, les produits suivants sont obtenus :

- Le renforcement des capacités et du leadership des ressources humaines grâce à leur formation continue ;
- La consolidation du travail en équipe et l'amélioration de la transparence,
- L'amélioration de la gestion du temps,
- La mise en place des cellules et des équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité (CEAQ/EEAQ) et fonctionnelles,
- La réduction de la défaillance des matériels et équipements grâce à la maintenance préventive et curative. Ce qui entraîne la motivation du personnel et l'amélioration de son cadre de travail.

### **II.4. Résultats/effets :**

Les résultats obtenus sont :

- L'amélioration de la performance du personnel soignant (les prestataires des soins) et du personnel de santé en général (même ceux qui travaillent dans les bureaux de l'administration sanitaire) ;
- L'amélioration de la sécurité du personnel soignant (prestataires) et des usagers (patients) grâce aux mesures des précautions universelles. La gestion rationnelle et efficace des ressources ;
- L'amélioration de la réactivité positive du personnel soignant et du personnel de santé en général ;
- L'amélioration du cadre de travail.

## II.5. Impact :

Bien qu'il soit lointain, c'est ce que l'on vise à travers cette démarche qualité intégrée. L'impact porte notamment sur :

- L'amélioration de la qualité des soins et des services,
- La satisfaction des usagers (patients) pour avoir bénéficié des soins de qualité dont ils ont besoin;
- La satisfaction du personnel soignant et de la santé en général et enfin
- La réduction de la morbidité et de la mortalité de la population congolaise.

La démarche qualité intégrée a pour base :

- Le contexte politique avec les orientations mondiales sur les soins de santé primaires (Alma Ata, 1978), la loi sur la couverture sanitaire universelle et la loi sur l'allocation budgétaire et des ressources par l'Etat pour la santé ;
- L'influence de la coopération internationale à travers l'implication des bailleurs des fonds ainsi que les partenaires techniques et financiers et leur alignement à la politique du Ministère de la Santé pour l'efficacité de l'aide ;
- La réforme du système de santé avec ses apports sur la décentralisation avec les divisions et les inspections provinciales de la santé, le leadership des DPS et des ZS ainsi que l'orientation recours dans la zone de santé en lien avec le niveau de la référence secondaire pour les soins du niveau tertiaire tel que traduit dans notre plan national de développement sanitaire qui doit se décliner en plan d'actions opérationnel.

Tous ces éléments interagissent entre eux pour :

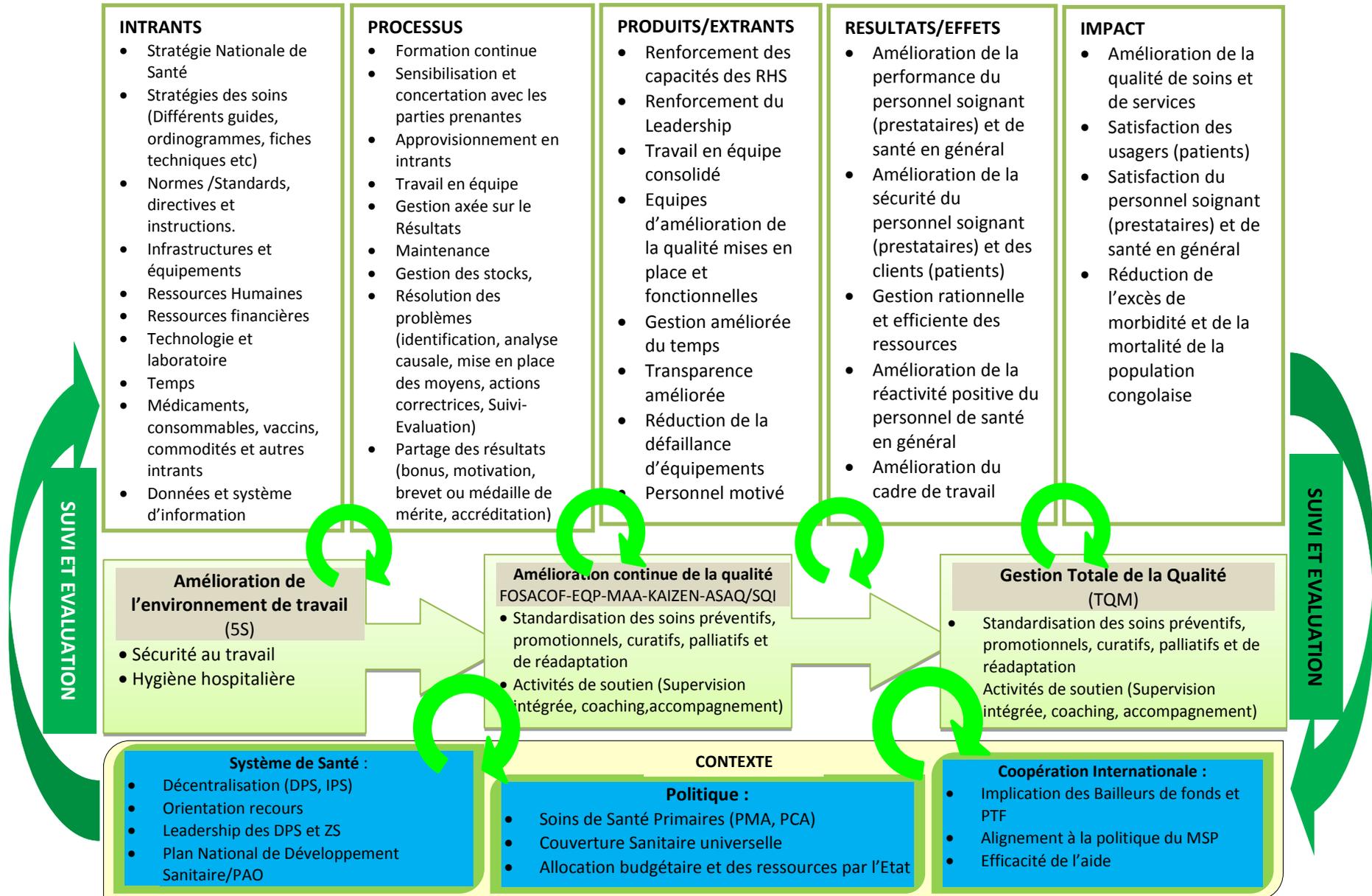
- L'amélioration de l'environnement du travail qui vise la sécurité au travail et l'hygiène hospitalière;
- L'amélioration continue de la qualité; et
- La gestion totale de la qualité des soins préventifs, promotionnels, curatifs et de réadaptation ainsi que les activités de soutien comme la supervision intégrée, le coaching et l'accompagnement des équipes sur le terrain.

La démarche qualité intégrée pour fonctionner de façon harmonieuse doit prendre en compte les éléments représentés dans ce cadre conceptuel qui vont de la mise à disposition des **intrants** (ressources) jusqu'à l'**impact** en passant par un **processus** qui donne les **produits intermédiaires**/extrants et les **résultats**/effets.

Les éléments dans chaque encadré sont susceptibles d'interagir avec les autres encadrés pour aboutir aux mêmes effets. Le tout ne peut fonctionner de façon harmonieuse que s'il y a en permanence un système de suivi et évaluation qui est fonctionnel et efficace.

**Les approches reprises dans ce cadre conceptuel ne sont plus implémentées séparément, le schéma montre la contribution de chaque approche et son ancrage par rapport à la DQI, en ce qui concerne l'amélioration de l'environnement du travail, l'amélioration continue de la qualité et la gestion de la qualité totale, cette logique met un lien entre les 3 étapes.**

## CADRE CONCEPTUEL DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE(DQI) POUR L'EVALUATION ET L'AMELIORATION DE LA QUALITE



## CHAPITRE III. : ORGANISATION ET DEROULEMENT DES ACTIVITES DQI

### III.1. Organisation, rôles et responsabilités en matière d'amélioration de la qualité à chaque niveau du système

Une bonne façon de penser à la qualité des soins et des services de santé est de différencier clairement les rôles, les responsabilités dans les différents niveaux du système. La principale préoccupation de ce document est de soutenir le rôle de la politique et de la stratégie de développement. Cette activité critique devra engager l'ensemble du système de santé, mais les principales responsabilités seront normalement assumées d'abord par les niveaux national et provincial ensuite par le niveau opérationnel. Les principales préoccupations des décideurs à ces niveaux seront de maintenir la performance de l'ensemble du système, et d'élaborer des stratégies visant à améliorer des résultats de qualité applicables dans l'ensemble du système.

Les principales responsabilités des prestataires de services de santé pour améliorer la qualité sont différentes selon le niveau, mais elles doivent être considérées comme les charges de l'ensemble des organisations, des équipes ou individus qui travaillent dans le domaine de la santé.

Dans chaque cas, les prestataires seront idéalement engagés aux objectifs généraux de la politique de qualité pour l'ensemble du système, mais leur principale préoccupation sera de s'assurer que les soins et les services qu'ils offrent sont de la norme la plus élevée possible et répondent aux besoins et à la satisfaction des bénéficiaires/utilisateurs/usagers individuels de services, leurs familles et les communautés.

La qualité des résultats améliorés n'est pas, cependant, assurée par des prestataires de soins et de services de santé seuls, les communautés et les utilisateurs de services sont les parties prenantes de la santé. Ils ont des rôles et des responsabilités essentielles dans l'identification de leurs propres besoins et préférences, et dans la gestion de leur propre santé avec un soutien approprié des prestataires de soins et de services de santé.

Alors qu'il est important de reconnaître ces différences dans les rôles et les responsabilités, il est tout aussi important de reconnaître les liens entre eux à partir des auto-évaluations et des évaluations externes auxquelles ils seront impliqués.

#### **Tableau sur l'organisation, rôles et responsabilités**

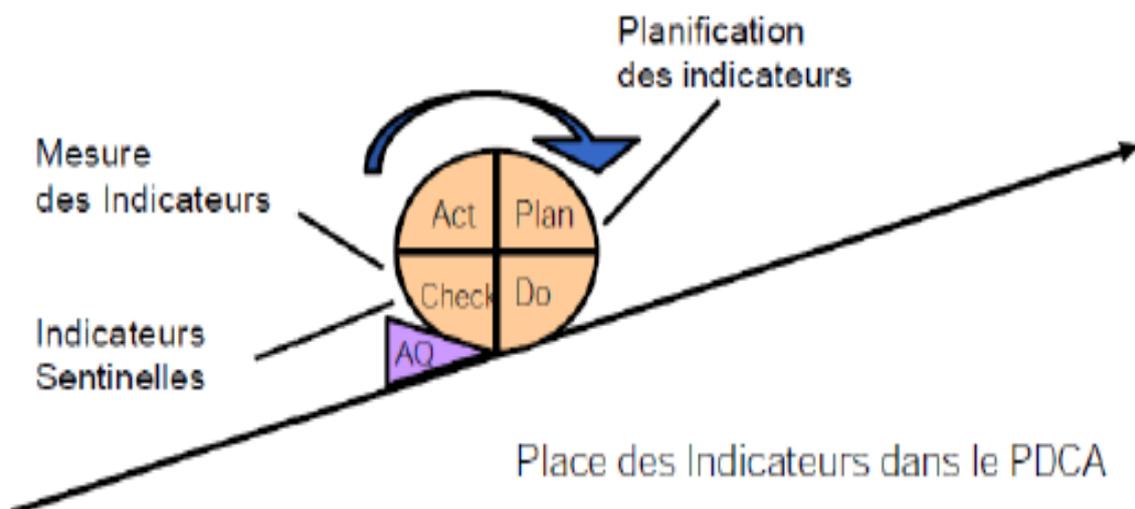
N°	Parties prenantes	Activités à réaliser	Coordination des activités
Au niveau communautaire			
1.	Les relais communautaires du CODESA, les pairs éducateurs, les leaders communautaires, leaders d'opinion, leaders religieux, les membres des OAC (organisations à assises communautaires) etc	Sensibiliser la population pour la promotion de l'utilisation des services Participer aux enquêtes satisfaction auprès de la communauté Aider à l'observance et à l'adhérence des patients au traitement	L'équipe du Centre de santé assure la coordination des activités à ce niveau
Au niveau des établissements des soins et autres services			
1.	CS : Membres de la CEAQ (Infirmier Titulaire, Infirmier Titulaire Adjoint), prestataires des soins.	Suivre les activités réalisées Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies	L'équipe du Centre de santé assure la coordination des activités à ce niveau

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période</li> <li>- Evaluer la qualité au niveau de la communauté (externe)</li> </ul>	
2.	HGR : Membres de l'EAAQ (MDH, DN, MCStaff, MCSservice), prestataires des soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les activités réalisées</li> <li>- Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies</li> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période</li> <li>- Evaluer la qualité à l'hôpital Général de Référence (triangulation irréversible en externe)</li> </ul>	L'équipe du Bureau Central de la ZS assure la coordination des activités à ce niveau
3.	BCZS : Membres de l'EAAQ (MCZ, AG, IS, AC),	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les activités réalisées</li> <li>- Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies</li> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période</li> <li>- Evaluer la qualité au Centre de Santé et à l'hôpital Général de Référence (externe)</li> </ul>	L'équipe de la DPS assure la coordination des activités à ce niveau
4.	HGPR : Membres de l'EAAQ (MDH, DN, MCStaff, MCSservice), prestataires des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les activités réalisées</li> <li>- Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies</li> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période (externe)</li> </ul>	L'équipe de la DPS assure la coordination des activités à ce niveau
5.	DPS : Membres de l'EAAQ (CD, Analystes de 1 <sup>ère</sup> classe, Analystes Assistants, Chefs de bureaux, Inspecteurs chargé de la qualité des médicaments et des soins),	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les activités réalisées</li> <li>- Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies</li> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> </ul>	L'équipe de la DPS assure la coordination des activités à ce niveau avec l'unité de suivi et évaluation de chaque service

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période</li> <li>- Evaluer la qualité au Bureau Central de la Zone de Santé et à l'hôpital Général Provincial de Référence (externe)</li> </ul>	
6.	Service du Niveau Central : Membres de l'EFAQ (Directeur ou MD, MDA, CD (tous), CService S&E),	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre les activités réalisées</li> <li>- Contrôler la qualité en se basant sur les normes établies</li> <li>- Procéder à l'auto-évaluation de la qualité à l'aide de la grille d'évaluation</li> <li>- Réadapter/Corriger en se basant sur le contenu du plan d'amélioration pour la prochaine période</li> <li>- Evaluer la qualité de services à la DPS (externe)</li> </ul>	L'équipe de la Coordination DQI assure la coordination des activités à ce niveau avec l'implication totale de toutes les unités de suivi et évaluation dans les services

### III.2. Cycle de la démarche d'amélioration continue de la qualité

#### III.2.1. Schéma de la roue de DEMING



#### III.2.2. Le Programme d'Assurance Qualité suit un cycle conforme à la roue de Deming (PDCA : Plan, Do, Check, Act)

- Planifier : Formaliser et écrire les procédures de travail
- Exécuter /Faire: Dérouler l'action conformément aux procédures
- Contrôler/Etudier/Vérifier : Démontrer que l'action s'est déroulée comme prévue ou pas
- Réajuster /Agir : Corriger l'action en vue de l'amélioration continue

Pour réaliser le cycle de cette roue, nous devons nous poser des questions suivantes :

- Qui va le faire ?
- Comment va-t-on le faire ?
- Où doit-on le faire ?
- Que doit-on faire ? (Quoi ?)

### **3.2.2.1. Planifier**

#### **Qui va le faire ?**

Toutes les parties prenantes c-à-d les cadres, agents et experts du Ministère de la Santé, les experts des partenaires techniques et financiers, les prestataires de terrain, les représentants de la communauté.

#### **Comment va-t-on le faire ?**

- Faire un état des lieux avec les équipes cadres des ZS pour déterminer les besoins de la zone, des aires de santé, des formations sanitaires et de la communauté.
- Procéder au ciblage et au choix des aires de santé et des formations sanitaires devant progressivement intégrer la démarche qualité
- Identifier les équipes de mise en œuvre du programme d'assurance qualité (prestataires cliniques, prestataires communautaires, représentants de la communauté)
- Mettre en place les équipes qualité dans les formations sanitaires
- Procéder à la formation des membres des équipes selon le niveau d'intervention
- Assurer la dotation en fournitures, outils, matériels et équipements nécessaires pour une mise en œuvre de qualité.

### **3.2.2.2. Exécuter**

#### **Quoi exécuter ?**

Cfr organisations, rôles et responsabilités

#### **Comment exécuter ?**

L'exécution doit se faire en respectant les fiches techniques de différentes interventions clés.

### **3.2.2.3. Evaluer, Contrôler, Vérifier**

Cette étape sert à évaluer, vérifier et contrôler les différentes activités pour s'assurer que le programme mis en place se déroule en respectant les standards, les normes, directives et instructions définis et établis au départ.

Les mêmes questions se posent à ce niveau :

- Qui va le faire ?
- Que doit-on faire ? Quoi ?
- Comment doit-on le faire ?
- Où doit-on le faire ?
- Quand doit-on le faire ?
- Avec quoi doit-on faire ?

Ce tableau donne des réponses pour les questions suivantes **Où doit-on le faire ?, Qui va le faire ? et Quand doit-on le faire ?**

N°	Niveau d'exécution	En interne ( <b>auto-évaluation</b> )	En externe ( <b>Evaluation proprement dite</b> )	Quand doit-on le faire ? ( <b>Périodicité</b> )
1.	Communauté	CEAQ (Cellule d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité) Relais communautaires, DBC, Président CAC	Auditeurs de la ZS	En interne : Mensuellement  En externe : Trimestriellement
2.	Centre de Santé	CEAQ (Cellule d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité) Infirmier Titulaire, Infirmier Titulaire Adjoint	Auditeurs de la ZS	En interne : Mensuellement  En externe : Trimestriellement
3.	Hôpital Général de Référence(ZS)	EFAQ (Equipe d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité)	Auditeurs de la ZS Prestataires Pairs (Triangulation irréversible)	En interne : Mensuellement  En externe : Trimestriellement
4.	Bureau Central de la Zone de Santé	EFAQ (Equipe d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité)	Auditeurs de la DPS	En interne : Mensuellement  En externe : Trimestriellement
5.	Hôpital Général Provincial de Référence(DPS) et Structure du Niveau Tertiaire	EFAQ (Equipe d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité)	Auditeurs de la DPS	En interne : Mensuellement  En externe : Trimestriellement
6.	Division Provincial de la Santé	EFAQ (Equipe d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité)	Auditeurs du Niveau Central et les membres de cellules S&E des services	En interne : Trimestriellement  En externe : Semestriellement
7.	Niveau Central (Service)	EFAQ (Equipe d'Évaluation et d'Amélioration de la Qualité)	Auditeurs de la Coordination DQI	En interne : Trimestriellement  En externe : Annuellement

### III.3. AU CENTRE DE SANTE

#### III.3.1. La cellule d'évaluation et d'amélioration de la qualité(CEAQ)

Cette cellule n'est pas organique mais uniquement fonctionnelle pour répondre au besoin d'évaluer et d'améliorer la qualité au sein de chaque formation sanitaire de premier contact, c'est-à-dire le centre de santé. Elle est coordonnée par l'infirmier titulaire qui peut se faire seconder ou représenter par son adjoint ou un autre membre de l'équipe du centre de santé pour plus d'efficacité. Elle est mise en place par le Médecin chef de Zone de santé et utilise les outils adaptés et validés au niveau central du Ministère de la Santé pour la conformité qui elle-même est un élément de la qualité.

#### III.3.2. L'auto-évaluation de la qualité au centre de santé

La qualité des soins et services pour mieux être implémentée nécessite qu'il y ait une appropriation des acteurs qui travaillent dans sa mise en œuvre, c'est dans ce souci de responsabilisation des acteurs dans leurs capacités d'analyse et de prise des décisions au niveau

local il est judicieux de mettre en place un système d'auto-évaluation mensuelle, qui est une étape qui précèdera la revue mensuelle autour du Médecin Chef de Zone avec les infirmiers titulaires de toutes les aires de santé sous sa responsabilité. Cette auto-évaluation est différente de l'évaluation mixte ou externe prévue pour la DQI au centre de santé.

Cet exercice consiste à analyser les piliers du système de santé, y compris les données quantitatives et qualitatives relatives aux différentes interventions à mener aussi bien dans les établissements des soins que dans la communauté. Les déterminants retenus dans ce cas sont :

1. **les intrants** qu'il s'agisse des médicaments, des vaccins, des fournitures de bureau et autres consommables spécifiques et utiles à la réalisation de toute activité ou intervention.

2. **les ressources humaines**, leur qualification, formation, accompagnement et encadrement est le gage d'acquisition d'aptitudes pour offrir les soins de qualité, et dans la communauté le renforcement des capacités des relais pour qu'ils soient incontournables dans l'action sanitaire.

3. **l'accessibilité géographique/ ou accessibilité à la pratique-clé par la communauté**  
Cette notion tient compte de la distance à parcourir pour accéder aux soins pour les établissements des soins (5Km/1h de marche vers le CS, 2Km/30 min autour d'un site de stratégie avancée) et de la disponibilité des ressources tant humaines, matérielles et financières. Pour la communauté, l'accessibilité à une pratique-clé de la santé et l'élimination de certaines barrières liées aux interdits, us et coutumes, tabous et préjugés qui sont défavorables à la santé.

4. **l'utilisation des services/ou application de la pratique-clé par la communauté**, ce déterminant d'utilisation de services représente **le 1<sup>er</sup> contact** entre le patient, l'utilisateur, le bénéficiaire et les soins qui lui sont offerts. L'implication des organes de participation communautaire (relais communautaires, CAC, CODESA...) par les établissements des soins est un grand atout pour améliorer le marketing social et la sensibilisation de proximité de la population de responsabilité afin qu'elle utilise les services qui lui sont offerts.

5. **la continuité/couverture adéquate** c'est la poursuite des soins jusqu'à l'épuisement total du problème de santé à la base de la consultation ou mieux l'utilisation complète des séances au nombre prévu par les normes par rapport à telle ou telle autre intervention,

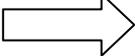
6. **la couverture effective**, elle reflète la qualité des soins et des services offerts en respectant les conditions optimales d'un service de qualité, en veillant sur les principes d'innocuité, de sécurité, de respect des standards, de qualité des intrants et des procédures.

7. **l'appropriation par la communauté**, c'est le fait que la cohorte des populations ayant poursuivi l'application correcte et selon les normes d'une pratique, en fait la promotion auprès des pairs et voisins dans le cadre des interventions à base communautaire ou celles qui se déroulent dans la communauté.

Cette partie de la démarche permet d'avoir des données qualitatives et quantitatives sur les intrants ou commodités, les ressources humaines pour la santé et les relais, l'accessibilité géographique, l'utilisation de services, l'application d'une pratique-clé de la santé, la continuité et la couverture effective des interventions comme les soins curatifs, la surveillance de la grossesse(CPN recentrée), la vaccination des enfants de 0-11 mois et le suivi de la croissance

jusqu'à 59 mois, l'accouchement assisté par le prestataire qualifié et la consultation post-natale ainsi que toutes les interventions se déroulant dans la communauté et évaluer dans le cadre des enquêtes ménages etc.

Les populations cibles de ces interventions sont :

<b>Interventions</b> 	<b>Consultation Pré-Natale recentrée (CPN)</b>	<b>Accouchement assisté par le prestataire qualifié (AA)</b>	<b>Consultation Post-Natale (CPoN)</b>	<b>Vaccination et Suivi de la croissance des enfants de moins de 5 ans (CPS)</b>
<b>Population cible</b>	4% de la population totale de l'aire de santé est éligible à la CPN	100% de toutes les parturientes admises pour accouchements dans l'établissement des soins quelle que soit leur provenance	100% des accouchées de l'établissement des soins	18% de la population de l'aire de santé 4% de la population de l'aire de santé pour le BCG 3,4% de la population de l'aire de santé (nourrissons survivants les autres antigènes)
<b>Définition</b>	C'est la consultation de suivi de la femme enceinte et du fœtus qu'elle porte durant toute la période de sa grossesse.	C'est un accouchement réalisé par un prestataire qualifié, formé, briefé, coaché, accompagné.	C'est la consultation d'une femme à la 6 <sup>ème</sup> heure, 6 <sup>ème</sup> jour (les 6 premiers jours) et 6 <sup>ème</sup> semaine (42 <sup>ème</sup> jour) après l'accouchement.	C'est la consultation des enfants de 0 à 59 mois qui permet de suivre les paramètres anthropométriques et assurer la couverture vaccinale contre les maladies meurtrières de la petite enfance.

### III.3.3. Les audits et enquêtes de satisfaction des patients

Les audits médicaux et des décès seront régulièrement réalisés, y compris les enquêtes de satisfaction auprès des patients et les membres de leurs familles à la sortie de la formation sanitaire pour s'assurer de leur perception des soins et services offerts pendant leur séjour dans l'établissement des soins.

Les formulaires d'entretien disponibles seront administrés pour recueillir les avis, quand bien même « subjectifs », de patients ou de membres de leurs familles sur les soins et services reçus en ce qui concerne l'accueil, l'empathie, la courtoisie, les heures d'attente, le bon ou mauvais comportement du personnel etc.

Les informations contenues dans la **boîte à suggestions** seront également dépouillées et exploitées à cette fin pour améliorer la qualité des soins et services offerts. Les patients devront être informés de l'existence de cette boîte à suggestions dès leur admission pour y recourir pour donner leurs avis confidentiels

### III.3.4. La périodicité des évaluations

L'auto-évaluation se fait mensuellement avant la revue mensuelle qui se fait par les infirmiers titulaires autour du Médecin Chef de Zone de santé et avant l'évaluation DQI elle-même qui se fera **trimestriellement**.

### III.4. A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

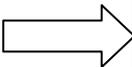
#### III.4.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)

Cette équipe est une structure fonctionnelle et opérationnelle qui est mise en place par le Médecin Chef de Zone de Santé dans le cadre du processus de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée. Elle a comme coordonnateur principal le **Médecin Directeur de l'hôpital** secondé par **Médecin Chef de Staff médical** et le **Directeur de Nursing**. **Tous les chefs de services** sont d'office membres de cette équipe pour besoin d'efficacité. Tout se fait sous la supervision du MCZ.

Cette équipe se réunit mensuellement pour analyser les problèmes de qualité des soins dans la formation sanitaire, cette réunion facilite le partage des informations et propose des solutions aux problèmes qui entravent la bonne marche des activités en ce qui concerne la qualité. La présence des membres cités ci-haut, impliqués dans les soins et l'organisation des services, est un atout majeur qui permet la maîtrise de tous les éléments des piliers du système de santé concernés par un problème de qualité.

#### III.4.2. L'auto-évaluation de la qualité à l'HGR

En plus des éléments contenus dans les piliers du système, quatre indicateurs clés seront suivis à ce niveau pour l'utilisation des services d'hospitalisation, notamment le taux d'occupation des lits (TOL) qui donne une idée sur la fréquentation/l'utilisation de l'hôpital en évaluant l'efficacité de la prise en charge en hospitalisation, la proportion d'infection post-opératoire (PIPO) qui nous donne une idée sur la bonne stérilisation du matériel opératoire, la proportion de transfusions sanguines effectuées avec du sang testé(PTSEST) qui permet d'évaluer la qualité du sang transfusé et la durée moyenne de séjour(DMS) qui nous renseigne sur la bonne prise en charge des malades hospitalisés.

Indicateurs 	Taux d'occupation des lits (TOL)	Proportion des Infections Post-Opératoires (PIPO)	Durée Moyenne de Séjour (DMS)	Proportion de transfusions sanguines effectuées avec du sang testé(PTSEST)
Formule	Journées d'hospitalisation effectives x 100 / Nombre de lits montés x Nombre de Jours du mois	Sortant du mois ayant présenté une infection post-opératoire/sortants du mois ayant subi une intervention chirurgicale	Somme de séjours des malades sortants/ sortants du mois dont - Sortants autorisés / Guéris - Statu quo - Evadés / Abandons - Décès avant 48h - Décès après 48h (dont décès de moins de 5 ans, transféré vers un autre hôpital, contre-référés vers le CS ou autres FOSA)	Poches de sang testées et transfusées x 100 / Poches de sang transfusées

<b>Définition</b>	Nombre total de jours passés à l'hôpital durant le mois pour l'ensemble des malades.	Nombre de patients ayant quitté l'hôpital au cours du mois et qui durant leur séjour ont été victime d'au moins une infection à la suite d'une <b>intervention chirurgicale propre</b> .	Nombre total de jours passés à l'hôpital par les patients qui ont quitté l'hôpital au cours du mois. Ce nombre se calcule pour chaque patient en calculant la différence de jours entre la date de sortie et la date d'entrée.	Nombre de poches de sang ayant été testées ( pour le VIH, l'Hépatite B et la Syphilis) et transfusées au cours du mois
-------------------	--	--	--	--

### III.4.3. Analyse de la tenue correcte des dossiers de malades hospitalisés

L'une des plus grandes faiblesses observées dans le système d'information sanitaire vient de la mauvaise façon d'enregistrer les informations relatives à l'identité, les plaintes, les antécédents, l'histoire de la maladie, les diagnostics différentiels et de certitude, les examens cliniques et para-cliniques réalisés, les soins administrés et d'autres éléments de la conduite à tenir.

Ces informations sont d'une importance capitale dans la prise en charge et le suivi d'un malade hospitalisé. D'où la nécessité de faire une analyse approfondie des dossiers de malades hospitalisés pour améliorer leur tenue, gage d'un système d'information efficace et garantie d'obtenir le maximum d'informations possible en cas d'enquête, d'audit médical ou d'autres procédures médico-légales inhérentes à la prise en charge des malades.

Cette analyse porte essentiellement sur (a) l'identification du malade et les détails administratifs, (b) l'anamnèse et l'examen physique à l'admission du malade, (c) la pertinence des examens para-cliniques (faits ou pas à l'admission), (d) le suivi des signes vitaux, (e) le suivi du traitement par les infirmiers (posologie, heures et voies d'administration, effets secondaires, entrées et sorties en cas de perfusion etc.), le suivi médical fait par les médecins pendant les tours de salles etc. **L'analyse permet de dégager les points forts et les points à améliorer par rapport à ces différents éléments.**

### III.4.4. Triangulation des évaluations des HGR

Dans le souci d'objectivité des résultats qui seront issus des évaluations DQI semestrielles, successives et progressives qui se dérouleront au niveau des hôpitaux généraux de référence, **la triangulation irréversible** des établissements de soins sera respectée pour éviter de biaiser les résultats. Un établissement des soins évalué par un autre n'évaluera pas ce dernier au risque des "règlements de compte" en disant « qu'ils nous ont mal évalués et nous ferons de même lors de notre passage chez eux ».

Ainsi donc cette triangulation se fera logiquement entre trois HGR de la même DPS (ou entre les centres de santé de la même ZS si cela est nécessaire), de manière que le premier évalue le deuxième, le deuxième évalue le troisième et le troisième évalue le premier. Le schéma inverse n'est pas autorisé, c'est pour cette raison qu'elle est appelée triangulation irréversible.

Ces évaluations feront l'objet de restitution auprès de l'ensemble de prestataires de l'HGR et encourageront le **Benchmarking** grâce aux échanges qui s'établiront entre les différents établissements de soins, les évaluateurs pourront ramener ce qu'ils ont trouvé d'innovant ou bonnes pratiques à capitaliser chez eux. Ainsi ces innovations et bonnes pratiques feront taches d'huile pour l'amélioration de la qualité au sein des établissements de soins. De la même manière, il sera facile d'identifier des établissements de soins qui feront objet de pôle d'excellence ou site d'encadrement du personnel nouvellement recruté par la DPS.

#### **III.4.5. La périodicité des évaluations**

Les évaluations de la DQI sont trimestrielles au niveau des HGR, la DPS met dans son plan de travail après 2 trimestres un cycle d'organisation en triade des évaluations en précisant l'HGR qui constitue le point de départ pour chaque série de 3 hôpitaux concernés. L'auto évaluation interne des HGR reste donc mensuelle.

### **III.5. AU BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE**

#### **III.5.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)**

L'équipe n'est pas une structure organique mais plutôt fonctionnelle et opérationnelle qui est mise en place par le Chef de la Division Provinciale de la Santé dans le cadre du processus de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée. Elle est coordonnée par le **Médecin Chef de Zone de santé** secondé par l'**infirmier superviseur** et les **autres cadres de l'ECZ** en sont membres.

Cette équipe tient des réunions mensuelles d'analyse des problèmes de qualité des services, cette réunion facilite le partage des informations et propose des solutions aux problèmes qui entravent la bonne marche des activités en ce qui concerne la qualité des services. Par ailleurs, l'auto-évaluation du BCZS est réalisée mensuellement et la présence des membres cités ci-haut est un atout majeur qui permet la maîtrise de tous les éléments des piliers du système de santé.

#### **III.5.2. La périodicité des évaluations**

Les évaluations de la qualité se font au même rythme **trimestriel** comme pour les HGR, l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité travaille avec les experts de la DPS pour explorer tous les aspects en rapport avec les piliers du système et contenus dans les outils de la DQI.

### **III.6. A LA DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE**

#### **III.6.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)**

Cette équipe est dirigée par le **Chef de Division provincial** qui est secondé par le Chef de **Bureau Appui technique**. Les **responsables des autres bureaux** en sont membres. Elle est mise en place par le Gouverneur de Province sur proposition de la DPS/Ministre Provincial de la Santé.

#### **III.6.2. La périodicité des évaluations**

Les évaluations de la qualité se font **semestriellement** au niveau de la DPS. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité travaille avec les experts de l'EEAQ au niveau central pour

explorer tous les aspects en rapport avec les piliers du système et contenus dans les outils de la DQI. L'auto-évaluation est trimestrielle à ce niveau.

### **III.7. AU NIVEAU CENTRAL**

#### **III.7.1. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EEAQ)**

Cette équipe est coordonnée par le **Directeur de la DSSP**, secondé par le **Chef de Division chargé des Prestations et Assurance Qualité des Soins**. Les **responsables de la qualité des soins et des services** dans chaque Direction ou Programme du Ministère de la Santé en sont membres. Ils travaillent en collaboration avec les autres membres des équipes dans leurs services respectifs pour besoin d'efficacité. Cette structure est purement fonctionnelle et opérationnelle et est mise en place par le Secrétaire Général à la Santé au sein de la DSSP.

Cette équipe tient des réunions **semestrielles** d'analyse qui permettent de compiler l'essentiel des données pour l'évaluation annuelle de la qualité. Mais en cas de difficulté, l'équipe doit être proactive pour trouver des réponses appropriées aux difficultés rencontrées sans attendre les évaluations annuelles.

#### **III.7.2. La périodicité des évaluations**

Les évaluations DQI au niveau national sont **annuelles** dans les services du Ministère de la Santé et tiennent compte des éléments de qualité repris dans les outils afin d'alimenter la base de données et partager les informations avec la Commission Prestation, Mise en Œuvre, Suivi et Evaluation (CPMESE) du CNP pour transmettre les améliorations au Secrétaire Général à la Santé. Un logiciel facile à utiliser sera mis en place pour la compilation des informations y relatives et la génération progressive des tableaux de bord ou tableaux de sortie pour servir d'aide-mémoire aux autorités du Ministère de la Santé.

### **III.8. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DES CAUSES DE CONTREPERFORMANCES**

Ces différentes Cellules ou Equipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité (CEAQ et EEAQ) ont pour rôle de veiller à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans ces différentes structures, cela doit se faire dans un esprit de travail en équipe en utilisant les mécanismes de résolution des problèmes et les outils appropriés de la gestion de la qualité.

Les audits cliniques permettent de contrôler la qualité des soins délivrés, ce type d'évaluation permet d'une part de vérifier que la qualité des actes aussi bien diagnostiques que thérapeutiques est suffisamment maîtrisée, d'autre part, d'apporter des améliorations appropriées en cas d'écart observé.

Dans ce programme, l'audit interviendra à la fin de chaque année pour montrer le niveau atteint par les structures de soins après les évaluations mensuelles (internes) et trimestrielles (externes).

L'audit ne peut être réalisé que par une équipe externe à l'aide d'un outil approprié (outil d'audit) et fournira des arguments solides pour l'accréditation de la formation sanitaire.

## Que doit-on faire ? (Quoi ?)

Il est question ici de vérifier la conformité de l'exécution des activités avec les standards et les normes, une comparaison entre la situation vécue et la situation désirée pour dégager un écart qui fera l'objet de base au processus d'amélioration continue.

## Avec quoi doit-on faire cette évaluation ?

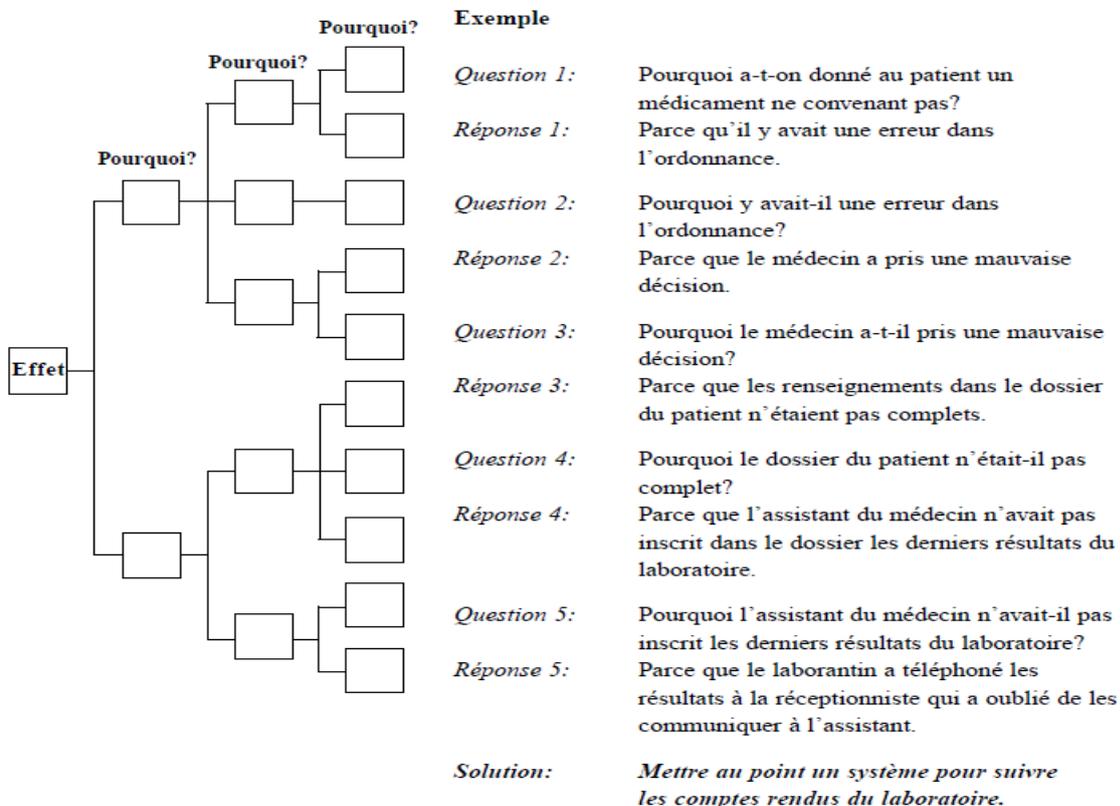
- Liste ou grille de contrôle (check list) pour la DQI
- Outils d'évaluation des organisations à assises communautaires
- Outils d'audit médical
- Outils d'accréditation des établissements de soins, etc

### III.8.1. Identification et analyse des causes de contre performances

L'évaluation de la qualité utilise plusieurs autres outils pour l'identification des causes de contre-performances, la priorisation de ces causes pour identifier celles qui sont vraiment à la base des déficiences/goulots d'étranglement observés, c'est dans ce cadre que quelques outils suivants sont utilisés :

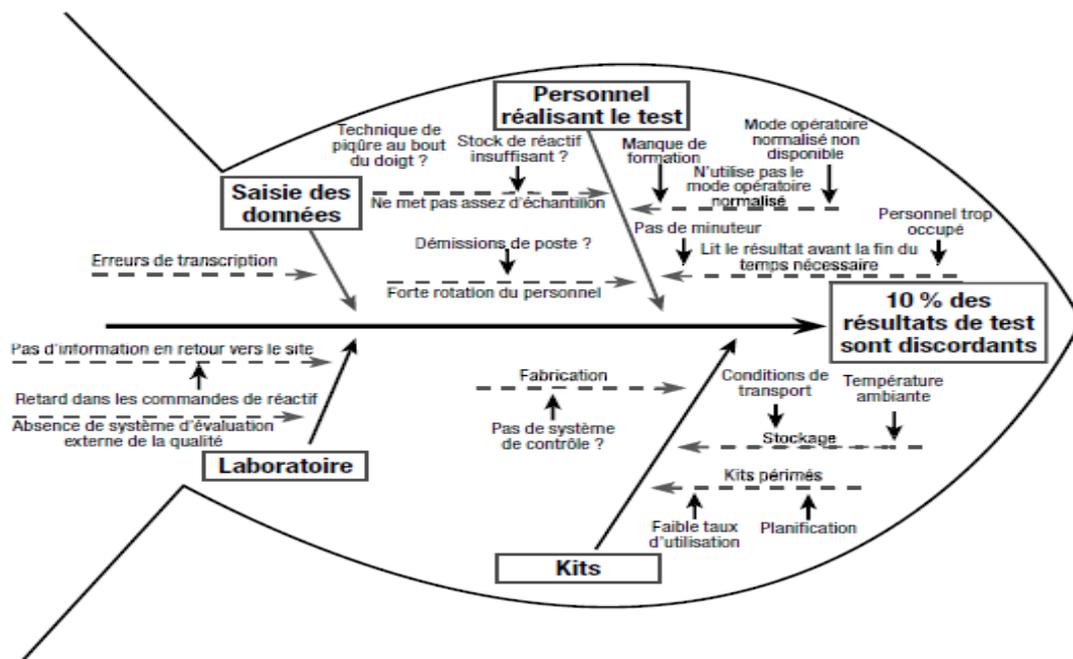
#### 3.8.1.2. Les 5 pourquoi ?

C'est un outil simple pour remonter jusqu'aux causes premières d'un problème en posant la question "pourquoi?" après chaque réponse, cinq fois de suite. On peut utiliser cette technique seule ou en liaison avec n'importe quel diagramme de cause-effet.



### 3.8.1.2. Analyse de cause-effet (diagramme en arête de poisson ou en arbre)

C'est une représentation des facteurs qui auraient une incidence sur un extrant ou un résultat particulier à l'intérieur d'un système. Les facteurs sont souvent présentés comme des associations de sous-facteurs connexes qui interviennent en symbiose pour produire l'effet d'ensemble du groupe. Exemple du laboratoire :



Le schéma illustre comment on peut avoir 10% des résultats de test de laboratoire qui sont discordants, il peut s'agir :

- (1) des problèmes de saisie des données, notamment des erreurs de transcription des résultats.
- (2) des erreurs ou problèmes techniques liés au personnel qui réalise le test soit la technique de la piqûre au bout du doigt pour le prélèvement de l'échantillon, du stock insuffisant de réactif ce qui implique qu'il ne mette pas assez d'échantillon, de la démission de poste qui peut entraîner une forte rotation du personnel, de manque de formation ou de la non disponibilité du protocole(mode opératoire), ce qui fera qu'il n'utilise pas correctement le mode opératoire normalisé, soit aussi le personnel est trop occupé ou n'a pas de minuteur cela peut entraîner la lecture du résultat avant la fin du temps requis et nécessaire.
- (3) des problèmes liés au laboratoire lui-même notamment le retard dans les commandes de réactif ou l'absence de système d'évaluation externe de la qualité.
- (4) des problèmes liés aux kits s'il n'y a pas de système de contrôle pendant la fabrication, des kits périmés quand il y a un faible taux d'utilisation ou un problème de planification, soit un problème de stockage c-à-d les conditions de transport ou la température ambiante dans les locaux.

### 3.2.2.4. Réadapter, Réagir, Améliorer, Agir

Le but du processus continu d'amélioration est d'accroître la qualité grâce à la résolution constante des problèmes pouvant entraver la bonne marche des activités, cela se fait en mettant en place des équipes d'amélioration de la qualité. Si l'objectif premier de ce processus reste la satisfaction des bénéficiaires, ce type d'approche aide aussi à l'introduction d'un changement

dans l'organisation en intégrant la dynamique de l'amélioration à tous les niveaux de la structure.

Cette étape consistant à réadapter, réagir et améliorer se fait par la mise en œuvre d'un plan d'amélioration élaboré sur base des déficiences/goulots d'étranglement observés lors de l'évaluation de la qualité.

Certains autres outils peuvent être utilisés pour cette étape, il s'agit notamment de la Priorisation des actions correctrices

Plusieurs outils sont utilisés pour faire la priorisation des actions correctrices pour résoudre les causes profondes de problèmes de contre-performance et de mauvaise qualité des soins et des services, il s'agit notamment de :

#### **a. Hiérarchisation :**

C'est une application d'un ensemble explicite de critères pour fixer l'ordre dans lequel sera résolu chacun des problèmes d'un groupe

Quand l'utiliser?

La hiérarchisation convient particulièrement bien lorsque des options sont complexes ou lorsque des critères multiples doivent être envisagés pour déterminer les priorités ou pour prendre une décision.

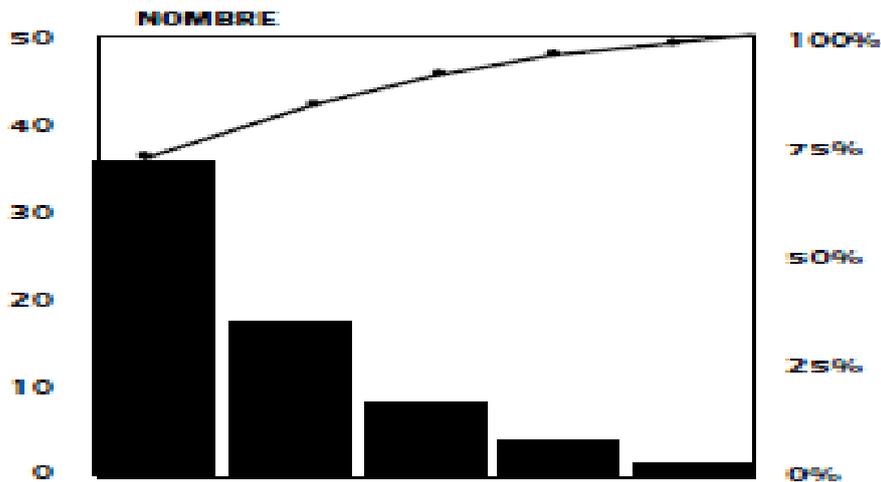
#### **b. Courbe de Pareto**

Une courbe de Pareto met en évidence des faits qui sont nécessaires pour établir des priorités. Elle organise et présente des renseignements pour montrer l'importance relative de divers problèmes ou causes de problèmes.

Il s'agit grosso modo d'une variante du diagramme vertical en bâtons qui ordonne des éléments (du plus grand au plus petit) par rapport à un certain effet intéressant et mesurable: la fréquence, le coût, le temps.

La courbe se fonde sur le principe de Pareto selon lequel chaque fois qu'une multitude de facteurs influe sur une situation, un petit nombre seulement de facteurs (environ 20%) sera responsable de l'essentiel de l'impact (environ 80%).

En plaçant les éléments par ordre de fréquence décroissant, il est facile de discerner les problèmes qui sont les plus importants ou les causes qui semblent responsables de l'essentiel de la variation. Ainsi, une courbe de Pareto aide les équipes à concentrer leurs efforts sur des points particuliers susceptibles d'avoir un impact maximum.



Quand l'utiliser?

Une courbe de Pareto aide l'équipe à se concentrer sur un petit nombre de problèmes ou de causes de problèmes vraiment importants. Elle est utile pour établir des priorités en montrant quels sont les problèmes les plus sérieux ou les causes à cibler. La comparaison de courbes de Pareto illustrant sur une situation donnée, à divers moments dans le temps, peut aussi permettre de voir si une solution appliquée a réduit la fréquence relative ou le coût de ce problème ou de cette cause.

Comment l'utiliser?

- Elaborez une liste de problèmes, d'éléments ou de causes à comparer entre-eux.
- Elaborez une mesure standard pour comparer ces éléments: Se produit combien de fois?: fréquence (par exemple, utilisation, complications, erreurs); Quelle est la durée?: temps; Combien de ressources faut-il?: coût.
- Choisissez une période pour la collecte des données.
- Déterminez pour chaque élément combien de fois il se produit (ou bien le coût, ou encore le temps qu'il a fallu). Sommez ensuite ces montants pour obtenir le total général pour tous les éléments. Trouvez le pourcentage de chaque élément dans le total général en prenant la somme de l'élément, en la divisant par le total général et en multipliant par 100.

### c. Benchmarking

Technique d'évaluation par laquelle une organisation compare ses propres performances, pour des critères particuliers d'un programme d'amélioration de la qualité, avec les performances d'un leader reconnu dans le domaine de l'assurance de la qualité. Cette évaluation aide l'organisation à identifier des faiblesses et elle établit une base de référence ou une norme par rapport à laquelle on pourra mesurer les progrès accomplis dans l'élaboration et le maintien d'un programme d'assurance de la qualité.

Quand l'utiliser?

Le benchmarking est utile surtout quand on essaye de mettre au point des solutions possibles. Lorsque les équipes tentent de formuler des solutions, elles ont souvent du mal à générer de nouvelles idées. Souvent les participants ne savent pas ce que font leurs voisins. Le benchmarking aide à stimuler la créativité en acquérant des idées qu'on pourrait essayer. On peut aussi y avoir recours pour identifier des secteurs susceptibles d'être améliorés en percevant le niveau de qualité qu'on pourrait atteindre.

#### **d. Brainstorming ou technique de remue-méninges**

Méthode de groupe utilisée pour générer des idées sans qu'il y ait de jugement de valeur. Une question est présentée aux membres du groupe auxquels on demande premièrement d'examiner le problème avec une large ouverture d'esprit et, deuxièmement, de ne pas critiquer les idées des autres participants. Cet outil vise à mettre en évidence un vaste éventail d'opinions sur la question examinée.

Quand l'utiliser?

Le brainstorming est particulièrement utile lorsque l'on essaye de générer des idées au sujet de problèmes, de secteurs susceptibles d'être améliorés, de causes possibles, d'autres solutions et des résistances au changement. En dégagant de nombreuses idées originales en peu de temps et en encourageant tous les membres du groupe à participer, cet outil utile donne des idées nouvelles aux participants et leur permet d'élargir leurs horizons. Elle permet aux idées de se développer en symbiose. Elle ne peut toutefois se substituer aux données.

### **3.2.2.5. Les outils annexes de la DQI**

#### **3.2.2.5.1. La grille d'évaluation de la DQI**

Cette grille est un outil d'évaluation qui aide à mieux comprendre le fonctionnement de la structure concernée par cette évaluation (CS, HGR, BCZS, DPS ou Services du NC) et à améliorer la qualité des services techniques et administratifs ou des soins avec les moyens qui sont disponibles. Les présentes instructions indiquent la manière dont il faudrait procéder pour évaluer la qualité des services offerts. Ces instructions donnent un aperçu global de l'outil et des orientations sur son utilisation. En outre, elles contiennent :

- ✓ la description de chaque pilier en fonction des critères généraux et spécifiques,
- ✓ la procédure de cotation pour l'appréciation de la qualité ;
- ✓ la périodicité d'exécution des activités de collecte des données de l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EEAQ)

Il est recommandé de lire attentivement tous les items qui sont dans ce document et y répondre. Participer à cette évaluation avec un esprit ouvert pour maximiser les résultats.

#### **1. Structuration de la grille**

La grille est structurée en six piliers déclinés en critères généraux et en critères spécifiques. De ces derniers découlent les standards ou normes traduits sous forme de conditions ou attentes. Cette structuration permet d'assurer la cohérence entre les différents éléments de la zone de santé, tout en mettant en exergue les attentes à chaque pilier.

#### **2. Usage de la grille**

Cet outil est utilisé par la structure pour son évaluation suivant la périodicité qui est déterminée par ces normes.

Son utilisation est très simple, il suffit de lire attentivement les piliers, les critères généraux, les critères spécifiques, les standards et les conditions pour être en mesure de donner une appréciation positive ou négative.

#### **3. Appréciation des conditions**

L'appréciation des conditions se fait par un « oui » si la condition est remplie avec des preuves et par un « non » si celle-ci n'est pas remplie ou s'il n'existe pas de preuves.

Pour chaque réponse « OUI », l'équipe d'évaluateurs encourage les membres de la structure tandis que pour toute réponse « NON », l'équipe d'évaluateurs doit rechercher les causes de contre-performance et noter dans la colonne observation.

***N.B. : La qualité étant globale pour l'appréciation nous appliquons la loi du "Tout ou rien" par rapport à tous les piliers mais l'amélioration de la qualité reste processus continu, et au bout de ce processus c'est l'excellence qui est visée !***

#### **4. Cotation pour l'appréciation de la qualité**

##### **4.1. Comment allouer les points ?**

Pour chaque pilier, l'appréciation d'un standard se fait de la manière suivante :

- ✓ Vérifier si les conditions exigées sont remplies (OUI) ou ne sont pas remplies (NON) ;
- ✓ **Inscrire sur la colonne appropriée Oui ou Non selon que la condition exigée est remplie ou pas;**
- ✓ Allouer les points correspondants aux conditions existantes ;
- ✓ Inscrire les points à l'avant dernière colonne intitulée « **points alloués** », cette colonne est subdivisée en 4 tranches qui reprennent les points pour chaque trimestre en ce qui concerne le Centre de Santé, l'Hôpital Général de Référence et le Bureau Central de la Zone de Santé; les points pour chaque semestre en ce qui concerne la Division Provinciale de la Santé et les points pour chaque année en cas d'évaluation au Niveau Central du Ministère de la Santé.
- ✓ Noter les observations y relatives dans la dernière colonne intitulée « **observations** » ;
- ✓ Pour chaque critère spécifique, faire la somme des différents points alloués aux standards et la reporter à la dernière ligne du critère spécifique sur le total des points alloués ;
- ✓ Pour chaque critère général, faire la somme des différents points alloués aux critères spécifiques et la reporter à la dernière ligne du critère général sur le total des points alloués ;
- ✓ Pour chaque pilier, faire la somme des différents points alloués aux critères généraux et la reporter à la dernière ligne de ce pilier sur le total des points alloués ;
- ✓ Calculer le pourcentage pour chaque pilier en divisant le total des points alloués par le total des points attendus du pilier et multiplier par 100 ;
- ✓ Enfin, le total général de l'outil est calculé par la somme des points alloués aux piliers. Un pourcentage est calculé en divisant le total des points alloués par le total des points attendus de l'outil et multiplier par 100.

##### **4.2. Analyse des causes de déficiences de la qualité Cfr point 3.8.**

- ✓ Après avoir calculé les pourcentages pour tous les piliers, il faut les reporter dans le tableau du plan d'amélioration de la qualité pour analyser les causes (pourquoi ?) de déficiences de la qualité.

- ✓ Enfin planifier l'amélioration en disant clairement qui va le faire ?, avec qui ?, avec quoi ?, comment le faire ? où le faire ? et quand le faire ?

## 5. Cibles de l'évaluation

La structure (CS, HGR, BCZS, DPS ou Services du NC) est la cible de l'évaluation par cet outil. Les membres de la structure concernée sont appelés à accompagner l'équipe d'évaluateurs et à répondre en équipe à l'ensemble des conditions exigées par l'outil.

La communauté sera concernée par les enquêtes-ménages qui se dérouleront, selon les moyens disponibles, à un rythme semestriel pour apprécier l'appropriation des interventions comportementales hormis la satisfaction des malades/patients (qui se fera à l'aide d'un formulaire approprié et du dépouillement du contenu de la boîte à suggestions) et la récupération de l'enregistrement des nouveau-nés à l'état civil.

## 6. Méthodologie de l'évaluation

Les méthodes d'évaluation dépendent de la composante à évaluer, il peut s'agir de :

- a) Ressources, structures et organisations sanitaires.** Ce domaine concerne l'ensemble des moyens humains, matériels, financiers, l'environnement et les organisations mises en œuvre pour réaliser l'activité. Dans ce cas, il s'agit d'une **évaluation de type administratif**, de vérification de conformité à des normes définies a priori. La méthode est celle de l'audit interne ou externe.
- b) Activités, procédures ou pratiques sanitaires** sont l'ensemble des techniques, méthodes mises en œuvre au cours de l'action. Il peut s'agir d'activités préventives, diagnostiques ou thérapeutiques. Dans ce cas, il s'agit d'**évaluation de la pratique professionnelle**, l'une des méthodes utilisées étant l'audit clinique/audit médical. Elle consiste à analyser les écarts entre la pratique observée et la pratique souhaitée.  
Une autre méthode utilisée est la **Revue de Mortalité** qui est une méthode d'évaluation qui vise à analyser les décès.
- c) Résultats** renvoient à des indicateurs de santé, l'action (ou l'intervention) de santé ayant pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population à laquelle elle est appliquée. Le résultat est donc mesuré en termes de mortalité, morbidité, handicap, qualité de vie, satisfaction du patient (enquête de satisfaction), satisfaction des prestataires etc.

L'amélioration de la qualité étant un processus continu, chaque structure à travers son Equipe d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité (EEAQ) ou sa Cellule d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité(CEAQ) doit faire régulièrement son auto-évaluation mensuelle avant l'évaluation proprement dite par une équipe externe des pairs ou de la hiérarchie selon la périodicité.

L'évaluation de la qualité de soins et/ou de services ayant une périodicité connue pour toute structure, l'équipe d'évaluateurs informe les membres de la structure de la tenue de l'évaluation dans les 15 jours précédant leur passage. Ainsi fait les membres pourront, pour se faire, se préparer et être disponible à la date convenue pour l'évaluation.

Les membres de la structure ayant pris connaissance du contenu de l'outil de l'évaluation pourront y participer activement.

L'évaluation étant participative, les membres de la structure et l'équipe de l'évaluation doivent travailler en symbiose et dans un esprit de convivialité.

Les évaluations au niveau des HGR se font en respectant la triangulation de passage des pairs venant d'autres hôpitaux généraux de référence, cette triangulation est coordonnée par la DPS/l'ECP et doit rester irréversible c-à-d de la structure A à B, B à C et C à A.

Lors de l'évaluation proprement dite, l'équipe d'évaluateurs ou des pairs pour l'HGR doit vérifier l'archivage des auto-évaluations mensuelles réalisées par la structure avant leur passage.

L'équipe d'évaluateurs passe en revue avec les membres de la structure l'ensemble du questionnaire de l'outil tout en récoltant les réponses et en vérifiant l'existence des preuves en rapport avec chaque condition du standard.

A la fin de l'évaluation, l'équipe d'évaluateurs doit se réunir avec les concernés pour harmoniser les points alloués par standard en vue d'un consensus et d'une appropriation, gage d'une amélioration future.

Les totaux des points alloués pour tous les piliers sont reportés dans le tableau du plan d'amélioration de la qualité en annexe. Ils permettent de calculer le pourcentage de cotation reçue pour analyser et ressortir des causes de contre-performances observées (5 pourquoi ?) des déficiences de la qualité ou des goulots d'étranglement par pilier et par intervention de prestation.

Toutes ces informations remonteront jusqu'à la DPS et seront compilées pour harmonisation et consolidation à ce niveau avec celles de la DPS elle-même avant d'être transmises à la DSSP. Celle-ci produira ensuite des tableaux de sortie qui seront envoyés à Monsieur le Secrétaire Général qui, à son tour, enverra des exemplaires à Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique pour toutes fins utiles.

Ces mêmes informations seront également partagées au travers de la sous-commission Qualité des Soins et Services de la CPMESE pour faciliter l'accompagnement vue l'implication des tous les partenaires et services du MSP dans cette commission de CNP.

## **7. Dispositions pratiques**

Pendant l'évaluation, il est demandé d'être le plus objectif possible dans l'unique souci que cette évaluation reflète la réalité vécue.

A la fin de l'évaluation, l'outil dûment rempli est signé conjointement par l'équipe d'évaluateurs et par l'ensemble des membres de la structure ayant participé à l'évaluation pour appropriation et redevabilité. L'outil est ensuite ramené pour l'analyse et traitement des données au niveau de la structure immédiatement supérieure dans un logiciel spécifique mise en place à cet effet.

Les résultats d'analyse seront présentés par pilier, par critère général et par critère spécifique tenant compte des points forts et des points à améliorer de la structure en vue de l'élaboration d'un plan d'amélioration conjoint en répondant aux questions ci-après : Quoi faire ? Avec quoi ? Où ?, Avec qui ?, Comment le faire ? Où le faire ? et Quand le faire ?

Tandis que pour les interventions, l'analyse se fera par déterminant pour ressortir les goulots d'étranglement.

Après analyses des résultats et la consolidation avec les équipes des FOSA ou services, ces données seront encodées dans le logiciel spécifique pour générer les tableaux de sortie, un feedback écrit sera rendu à la structure endéans les 72 heures.

Le plan d'amélioration pour être complet doit répondre aux questions essentielles suivantes :

- Qui doit améliorer ? Avec qui ?
- Quoi améliorer ?
- Quand améliorer ?
- Où améliorer ?
- Comment améliorer ?
- A quel coût ?

**PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE POUR LA PROCHAINE PERIODE  
(BASE SUR LES GOULOTS D'ETRANGLEMENT OU LES DEFICIENCES OBSERVEES)**

PILIER	CRITERE	STANDARD	CONDITION	COTATION RECUE SUR TOTAL : %	A AMELIORER	CIBLE DU PROCHAIN TRIMESTRE?	QUI ? AVEC QUI ?	AVEC QUOI ?	COMMENT ?	OU ?	QUAND ?	COMBIEN ?
Prestation des soins et des services	La prise en charge correcte des maladies courantes est assurée	Le service des soins intensifs assure des soins appropriés aux malades	L'équipe travaillant aux soins intensifs est formée en réanimation	29%	Assurer la formation des autres membres de l'équipe	60%	DPS ECZ MDH	Module des Soins Intensifs  Matériels didactiques et de réanimation	Briefing  Séminaire de formation  Pratique	HGR	Prochain trimestre	100\$ per diem Formateur

### 3.2.2.6. DQI POUR UNE ZONE DE SANTE ET BUDGET ESTIMATIF

#### BUDGET ESTIMATIF TRIMESTRIEL DE LA DQI POUR UNE ZONE DE SANTE TYPE DE 18 AS

La réalisation de la DQI sur le terrain dans un établissement des soins ou un service prendra au maximum 24 heures d'évaluation externe soit 3 jours ouvrables de 8 heures de travail avec feedback immédiat pour la structure visitée et 1 jour de consolidation et discussion des résultats et de planification des actions correctrices (plan d'amélioration ou de redressement).

N°	Libellé	Unité	Nbre de jours	Coût Unitaire	Coût Total
1.	<b>Participants</b>				
	Membres EEAQ/BCZS	5	4	-	PM
	Membres EEAQ/HGR	5	4	-	PM
	Membres CEAQ/CS	54(3/CS)	4	-	PM
	Représentants CODESA	18(1/AS)	4	-	PM
2.	<b>Restauration</b>				
	Pause-café (2)	2 x 82	4	2,5\$	1.640\$
3.	<b>Reprographie/photocopie</b>				
	<i>Outils DQI BCZS (55 pages)</i>	1		24,11\$	24,11\$
	<i>Outils DQI HGR (78 pages)</i>	1		27,71\$	27,71\$
	<i>Outils DQI CS (101 pages)</i>	18		31,85\$	573,3\$
	<b>TOTAL</b>				<b>2.265,12\$</b>

N.B. : Chaque DPS prendra soin d'adapter le système de triangulation au nombre d'HGR/ZS qu'elle dispose. Et envisager comment les couvrir si elles ne sont pas multiples de trois afin d'éviter le biais dans l'évaluation. Les frais de transport pour la triangulation ne sont pas pris en compte de ce budget estimatif d'une ZS, mais ils doivent ressortir dans le budget de la DPS pour faciliter les déplacements entre les HGR.

### 3.2.2.7. LES ENQUETES MENAGES DANS LA COMMUNAUTE ET BUDGET ESTIMATIF

#### A. AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE

Les enquêtes ménages se feront à un rythme **semestriel** pour les interventions communautaires de promotion des pratique-clés favorables à la santé. Les méthodes d'échantillonnage comme le LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) ou l'EAS (Echantillonnage Aléatoire Systématique) sont utilisées dans ce cadre pour donner la même chance de sélection aux ménages situés dans les Zones de supervision ou d'enquête.

En ce qui concerne, l'enregistrement des naissances une étape sera réalisée par le prestataire/personnel soignant pendant l'accouchement et la récupération des non enregistrés se fera dans la communauté, il en est de même de l'allaitement maternel exclusif dont l'amorce c-à-d la mise précoce au sein sera initiée par le prestataire dans les minutes qui suivent l'accouchement et la continuité jusqu'à l'âge de 6 mois se fera dans la communauté.

Les interventions qui explorent **l'appropriation des comportements** et /ou **l'application des pratiques clés et certaines attitudes des individus et des communautés** : (a) le lavage des mains au savon ou à la cendre,(b) l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide ( MILD) pour les femmes enceintes et les enfants de 0-59 mois, (c) l'enregistrement de récupération des nouveau-nés à l'état civil avant les 90 jours suivant la naissance,(d) la promotion de l'utilisation des latrines/WC hygiéniques (e) l'assainissement des sources d'eau (f) l'allaitement Maternel Exclusif jusqu'à 6 mois, (g) la satisfaction des malades et leurs accompagnants à la sortie d'une consultation, de l'observation ou de l'hospitalisation (soins centrés sur le patient), etc, nécessitent les enquêtes pour la fiabilité de leurs évaluations et les actions correctrices relatives aux goulots d'étranglement observés afin d'apporter des solutions pouvant influencer positivement sur le bon état de santé de la population.

La réalisation de ces enquêtes, l'analyse des informations générées par les focus groups et autres interviews de qualité demandant beaucoup plus de temps et des réflexions, il est nécessaire de les réaliser à un autre rythme, car elles exigent beaucoup des ressources tant humaines que financières et le temps matériel ; elles ne seraient donc pas réalisées au même moment que les évaluations dans les établissements des soins au risque de surcharger le personnel.

Dans ce même cadre de la recherche opérationnelle, les enquêtes de satisfaction des prestataires et des usagers/bénéficiaires, les audits médicaux et autres seront réalisés en dehors du rythme des évaluations proprement dites de la DQI. Ceci pour éviter non seulement la « prise en otage » des prestataires qui, au lieu de s'occuper de leur travail de la prise en charge des malades passeront tout leur temps dans les discussions avec les équipes venant même du niveau central (très déconseillé) sans respect des procédures en la matière qui nécessite que les cadres de ce niveau puissent s'arrêter à la DPS qui poursuivra le processus par accompagnement au niveau opérationnel. Sauf dans les cas exceptionnels cette procédure doit être scrupuleusement observée pour respecter les attributions des uns et des autres à ce niveau.

## B. BUDGET ESTIMATIF SEMESTRIEL POUR UNE ENQUETE MENAGE TYPE DANS LA COMMUNAUTE POUR UNE ZONE DE SANTE

Le briefing et la mini-enquête prennent 4 jours et l'enquête proprement dit 4 jours aussi, total 8 jours.

N°	Libellé	Unité	Nbre de jours	Coût Unitaire(\$)	Coût Total(\$)
	<b>Briefing des superviseurs et enquêteurs</b>				
	<i>Transport</i>	18	4	5	360
	<i>Pause-café(2)</i>	32	4	2,5\$	320
	<i>Location salle</i>	1	4	50	200
	<b>Sous-total Briefing</b>				<b>880</b>
1.	<b>Per diems</b>				
	<i>Traducteurs questionnaires (lingala, kikongo, tshiluba, swahili)</i>	4	2	25	200
	<b>Per diems participants</b>				
	<i>Coordination nationale</i>	1	7	150	1050
	<i>Membres EEAQ (DPS 5)</i>	5	6	50	1500
	<i>Superviseur de la Zone d'enquête</i>	1	5	50	250
	<i>Superviseurs adjoints /1 par aire d'enquête</i>	5	5	30	300
	<i>Enquêteurs</i>	10	5	20	300
	<i>Encodeurs</i>	2	7	20	280
	<i>Guides/Relais Communautaires</i>	10	4	5	200
	<b>Sous-total Perdiems</b>				<b>4080</b>
2.	<b>Restauration</b>				
	<i>Pause-café (2)</i>	56	4	2,5	560
	<b>Sous-total Restauration</b>				<b>560</b>
3.	<b>Reprographie</b>				
	<i>Questionnaires + Formulaires de consentement éclairé (95 +5 supplémentaires)</i>	10	1	10	100
	<i>Outils de gestion (95 +5 supplémentaires)</i>	10	1	10	100
	<b>Sous-total Reprographie</b>				<b>200</b>
	<b>Billets de voyage</b>				
	<i>Coordination nationale</i>	1		540	540
	<i>Membres EEAQ (DPS 5)</i>	5		50	250
	<b>Sous-total Billets de voyage</b>				<b>790</b>
4.	<b>Transport local</b>				
	<i>Location véhicule</i>	1	4	150	600
	<i>Location moto</i>	6	4	25	600
	<i>Location pirogue motorisée/hors-bord (si zone maritime)</i>	2	4	50	400
	<i>Location pirogue (si zone maritime)</i>	5	4	20	400
	<i>Carburant et lubrifiant (200 litres par véhicule pour 4 jours)</i>	2	200 L	2,5	1000
	<i>Carburant et lubrifiant (100 litres par moto pour 4 jours)</i>	6	100L	2,5	1500
	<b>Sous-total Transport local</b>				<b>4500</b>
	<b>Communication</b>				
	<i>Cartes d'appel</i>	10		5	50

N°	Libellé	Unité	Nbre de jours	Coût Unitaire(\$)	Coût Total(\$)
	<i>Abonnement Internet (achat Modem)</i>	1		50	50
	<b><i>Sous-total Communication</i></b>				<b>100</b>
	<b>Fournitures</b>				
	<i>Blocs notes</i>	28		0,5	14
	<i>Porte-documents</i>	28		3	84
	<i>Stylos bleus pour enquêteurs</i>	50	1 boîte	0,1	5
	<i>Stylos rouges pour superviseurs</i>	50	1 boîte	0,1	5
	<i>Agrafeuses + agrafes</i>	10		2,5	25
	<i>Papiers duplicateurs</i>	50		6	300
	<b><i>Sous-total Fournitures</i></b>				<b>433</b>
	<b>TOTAL</b>				<b>12.693</b>

**N.B. :** Certaines rubriques seront prises en compte uniquement pour une enquête initiale, notamment la présence de la coordination nationale et celle des membres de l'EEAQ de la DPS, par la suite les ZS vont poursuivre eux-mêmes les enquêtes ménages sans qu'il y ait présence de ces deux niveaux du système, sauf par accompagnement en cas d'impérieuse nécessité.

## C. COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNEES D'ENQUETE MENAGE

### C.1. LA COLLECTE DES DONNEES

Pour besoin d'exhaustivité et dans l'intérêt de minimiser les biais de sélection, tous les aires de santé de la ZS doivent être prises en compte, ce qui fait de la ZS une zone de collecte de données. L'échantillonnage se fera à trois niveaux, c-à-d basé sur les strates du milieu géographique de résidence qui peut être urbain/urbano-rural(1) ou totalement rural(2).

- **La première étape** consiste à découper la ZS en 5 aires de supervision ou encore aires de collecte dans lesquelles il est possible d'avoir plusieurs aires de santé. Pour que la stratification soit respectée ces différentes aires de santé doivent avoir des similitudes dans leurs caractéristiques socio-démographiques, la situation géographique et le niveau de performance en équipement et matériel doivent être similaires.
- **La deuxième étape** consiste à tirer de façon aléatoire et progressivement jusqu'au dernier les villages/agglomérations se trouvant à l'intérieur de ces aires de collecte. Au départ une liste exhaustive de tous les villages est établie et le tirage au hasard est fait pour établir un ordre. Sur cette liste la population respective de chaque village y est indiquée en vue de calculer la population cumulée par rapport à toute la zone de collecte. Ceci permet de calculer le pas de sondage ou l'intervalle d'échantillonnage.
- **La troisième étape** consiste à tirer au sort 19 échantillons dans chacune de 5 zones de supervision ou de collecte en respectant le pas de sondage. La technique du jet de la « bouteille de coca » ou autre permettra de s'orienter dans l'espace. Enfin sélectionner les ménages par échantillonnage aléatoire systématique (EAS) avec ce pas de sondage fixé au départ.

En définitive, le tirage donnera 95 ménages issus de l'échantillonnage combiné LQAS/EAS sur lesquelles portera l'enquête. En cas de difficultés de réunir le nombre suffisant de 19 ménages dans une aire de collecte suite à l'application du pas de sondage, une pondération sera appliquée pour un réajustement objectif.

### **Ensuite, les superviseurs et enquêteurs doivent:**

- Déterminer le lieu de l'enquête sur une carte,
- Produire la cartographie du site de l'enquête identifiant les ménages concernés,
- Sélectionner les ménages à enquêter,
- Choisir les cibles d'interview selon les directives de l'enquête,
- Encoder les données sur le masque de saisie,
- Générer automatiquement les résultats.

## **C.2. SELECTION ET FORMATION DES ENQUETEURS**

### **Sélection des agents de collecte**

Pour besoin d'efficacité, les équipes d'enquête seront constituées de trois unités : un superviseur d'équipe et deux enquêteurs.

### **Critères de sélection**

#### **Le Superviseur d'équipe doit :**

- Connaître le système de santé de la RDC,
- Etre détenteur d'un diplôme d'état /des humanités au moins,
- Etre de bonne moralité,
- Avoir résidé dans le milieu depuis au moins 6 mois,

#### **L'Enquêteur doit :**

- Etre du niveau de 4<sup>ème</sup> des humanités au moins,
- Etre de bonne moralité,
- Avoir résidé dans le milieu depuis au moins 6 mois,

### **Formation des superviseurs et agents de collecte**

La formation des superviseurs et enquêteurs pour les enquêtes communautaires de la DQI va porter essentiellement sur l'organisation de la communauté et du système de santé au niveau opérationnel pour leur donner les facilités de faire les liens de fonctionnalité. Cette formation aura 3 jours de cours théoriques et 1 jour de mini-enquête sur le terrain en vue de se familiariser avec les outils à utiliser.

Cette formation aura pour but de donner des informations sur :

- La supervision de l'enquête et correction des questionnaires (pour les superviseurs).
- La méthodologie de l'échantillonnage EAS/LQAS,
- La technique d'interview pour l'administration du questionnaire,
- L'analyse et la maîtrise du contenu des questionnaires d'enquête,
- L'exercice du jeu de rôles pour l'amélioration de l'administration du questionnaire,
- La mini-enquête sur le terrain en vue de se familiariser avec tous les outils,

## Echantillonnage Aléatoire Systématique(EAS)

Comment procéder à la sélection des villages, au dénombrement des ménages du village et la sélection systématique des 20 ménages à enquêter ?

### 1. La sélection des villages se fait de la manière suivante :

- Obtenir la liste de tous les villages de l'aire de santé( ou encore les aires de vaccinations ou toute autre forme de découpage de l'aire si la liste des villages n'est pas disponible, pourvu que ce découpage reprenne toute la population de l'aire de santé),
- Numérotter les villages de 1 à n,
- **Sélectionner par tirage aléatoire simple un seul village.**

### 2. La segmentation du village en zone de supervision et de collecte :

- Elle consiste à diviser le village/quartier en des petites aires de dénombrement (plus ou moins égales),
- Ne se fait que dans le cas où le village/quartier a plus de **1080** habitants (>**200** ménages),
- Le nombre de ménages sera obtenu en divisant la population du village/quartier par **5,4**.
- Si le village a **plus de 200** ménages, le subdiviser en **4 segments**.
- Dans la mesure du possible, utiliser les limites naturelles (routes, rivières, ravin, colline etc.) pour avoir les 4 segments de taille plus ou moins identique,
- Si possible, essayer de vous placer sur un point qui vous permet d'avoir une vue globale du village/quartier afin de déterminer les limites naturelles,
- Avec l'aide des RECO/des autorités locales, schématiser le village/quartier en utilisant le plus d'imagination possible,
- Sélectionner **au hasard** un seul segment parmi les 4. C'est dans ce segment que se déroulera l'enquête,
- Si par contre le village a **au plus 200** ménages (**c.à.d.  $\leq 200$** ), il sera considéré comme un segment,
- Procéder au dénombrement des ménages dans le segment retenu.

### 3. Le dénombrement des ménages :

- Le dénombrement se fait avec l'aide des relais communautaires en utilisant la carte du segment retenu ou du village ( si  $\leq 200$  ménages),
- Numérotter chaque ménage à l'aide de la craie, allant de 001 à 200,
- Si la parcelle a plus d'un ménage, numérotter chaque ménage séparément en suivant le sens des aiguilles d'une montre,
- Demander l'autorisation au responsable de la parcelle ou du ménage avant d'écrire le numéro,
- Ecrire le numéro clairement et lisiblement soit au mur, soit à la porte, sur à un arbre, ou à un autre endroit pourvu qu'il soit visible et facilement repérable par les enquêteurs,
- Dresser une cartographie des ménages du segment ou du village (si  $\leq 200$  ménages),

- Inscrire le numéro attribué à chaque ménage sur la fiche de relevé parcellaire dans la colonne “Numéro attribué”, allant de 001 à n.

#### 4. La sélection systématique de 20 ménages à enquêter :

- Après avoir énuméré tous les ménages vivant dans le village et affecté à chaque ménage un numéro ou chiffre unique ;
- Divisez le nombre total des ménages par 20. Ce **nombre X = pas de sondage**, il sera utilisé pour déterminer la séquence de sélection systématique des ménages dans le village ;
- Choisir au hasard un nombre (Y) situé entre 1 et X ;
- Ce **chiffre Y va représenter le premier ménage** à enquêter.

##### Exemple 1 :

- Si un village a 200 ménages,  $X=200/20=10$
- Soit 7, le nombre tiré au hasard entre 1 et 10 ;
- Les ménages suivants seront sélectionnés pour l’enquête :

7, (7+10=17), (17+10=27), (27+10= 37), (37+10=47), 57, 67, 77, 87, 97, 107, 117, 127, 137,  
147, 157, 167, 177, 187, 197

##### Exemple 2 :

- Si un village a 191 ménages,  $X=191/20=9,55$
- Soit 2, le nombre tiré au hasard entre 1 et 9,55 ;
- Les ménages suivants seront sélectionnés pour l’enquête :

2, (2+9,55=11,55≈12), (11,55+9,55=21,1 ≈21), (21,1+9,55= 30,65 ≈31), (30,65+9,55=40,2  
≈40), 50 59 69 78 88 96 107 117 126 136 145 155 164 174 183

#### Familiarisation avec les outils

##### Pour réussir cet objectif d’efficacité sur le terrain, les enquêteurs doivent connaître :

- Les contenus des interventions sur lesquelles porteront leur enquête,
- La compréhension du questionnaire tel qu’il est traduit en langue locale,
- Les normes des ressources et de qualité par rapport à chaque intervention,
- Pour les aspects qualitatifs ils doivent savoir comment procéder à:
  1. Une interview approfondie
  2. Une animation de Focus group, etc

#### C.3. COLLECTE PROPREMENT DITE

Après la sélection et la formation des équipes de terrain, la mini-enquête permet d’opérer des réajustements sur le terrain afin de faciliter la réalisation effective de l’enquête.

Les équipes constituées d’un superviseur et de 2 enquêteurs seront déployées sur terrain pour chaque aire d’enquête. La cartographie permettra d’identifier les ménages dans lesquels se trouvent les cibles de l’enquête.

Les détails de procédures de l'enquête se trouvent dans les manuels du superviseur et de l'enquêteur produits à cet effet.

Dans cette enquête, la collecte se fera sur base **d'un questionnaire** préalablement élaboré en fonction de l'intervention clé à promouvoir dans la communauté pour son appropriation.

Ainsi, on a des questionnaires spécifiques sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, le lavage des mains, l'utilisation des latrines/WC hygiéniques, l'enregistrement de récupération des naissances non enregistrées à la maternité etc.

La collecte dans **l'enquête qualitative** permet le recueil des informations sur les comportements, les attitudes, les perceptions, les besoins en soins etc, elle peut nécessiter l'utilisation d'autre matériel comme *le dictaphone* pour l'enregistrement et l'analyse à posteriori. Elle permet de comprendre et de cerner les contours ou explorer toutes les facettes, l'ampleur et la complexité du problème auquel les individus ou la communauté est confronté afin d'interpréter leurs comportements. Dans ce cas on fait parler l'enquêté en le suivant pour construire la signification du phénomène à la base de son comportement.

#### **C.4. ANALYSE DE DONNEES COLLECTEES**

Les masques de saisie étant intégrés dans le petit logiciel en EXCEL, l'encodage des données sur ce logiciel permet de produire automatiquement les résultats sous forme d'histogramme. Ensuite faire l'analyse approfondie en fonction des cassures qui seront observées par rapport au déterminant qui pose problème. Enfin, interpréter les résultats pour rechercher les causes de contreperformances observées.

L'analyse est participative pour permettre aux équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité de s'approprier les actions correctrices qui seront issues de l'analyse causale.

Les discussions sont encadrées par l'EFAQ/ZS pour recadrer et orienter les débats vers les vraies causes des goulots d'étranglement observés.

Il est possible à l'équipe de faire des calculs simples en fonction des numérateurs et des dénominateurs pour produire des tableaux de sortie colorés à la main. En attendant l'informatisation des données et la génération automatisée des tableaux de sortie.

#### **C.5. GENERATION DE TABLEAUX DE SORTIE/TABLEAU DE BORD**

##### **C.5.1. Génération automatisée des tableaux de sortie ou tableaux de bord**

La base informatisée au niveau du BCZS aura un ordinateur qui lui sera affecté uniquement pour cette fin. Les données issues de l'exercice y seront progressivement encodées pour générer automatiquement ces tableaux de sortie qui serviront de base à toutes les autorités pour la prise de décision.

Dans le souci de continuité de ce qui existe, nous gardons les mêmes seuils pour l'offre, la demande et la qualité, ainsi que les mêmes couleurs Jaune, Verte et Rouge qui sont généralement utilisées et ces seuils sont identiques au MAA et FOSACOF, hormis les seuils pour la qualité qui font partie des innovations pour la DQI.

Les tableaux de sortie seront produits avec les trois couleurs (verte, jaune et rouge) avec leurs seuils en fonction de la présence ou non et du type de goulot d'étranglement mineur ou majeur par rapport à l'offre, la demande et la qualité/couverture effective suivant l'illustration ci-dessous :

<b>COLORATIONS ET SEUILS RELATIFS AUX TYPES DE GOULOTS D'ETRANGLEMENT OBSERVES</b>	<b>OFFRE</b>	<b>DEMANDE</b>	<b>QUALITE</b>
<b>VERT= Absence de Goulots</b>	<b>≥ 80</b>	<b>≥ 70%</b>	<b>≥ 60%</b>
<b>JAUNE = Goulot mineur</b>	<b>50-79%</b>	<b>40-69%</b>	<b>30-59%</b>
<b>ROUGE = Goulot majeur</b>	<b>&lt; 50</b>	<b>&lt; 40%</b>	<b>&lt; 30%</b>

### 3.2.2.8. INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES

a. Dans un établissement des soins et des services :

**TABLEAU DES INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DE LA DEMARCHE QUALITE INTEGREE**

N°	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Méthodes de collecte des données	Sources de vérification	Echéance/Périodicité	Entité Responsable
1.	Proportion des services ou d'établissements des soins ciblés disposant des outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité	Nombre des services ou établissements des soins ciblés	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau central	Analyse des plans de distribution et de rapports de distribution des outils Quantification avec numérateur et dénominateur	Plan de distribution  Rapports de distribution	3 mois après l'impression des outils	Services du niveau central DSSP/DOGSS/CD
2.	Proportion des services ou d'établissements des soins ciblés ayant bénéficié des sessions de formation du Staff sur la DQI	Nombre des services ou établissements des soins ciblés dont le Staff a été formé sur la DQI	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la DPS	Analyse des rapports de formation Quantification avec numérateur et dénominateur	Liste de personnel formé par établissement de soins et de services	3 mois après la réception des outils	DPS/CD
3.	Proportion des services ou d'établissements des soins ciblés ayant mis en place une cellule ou une équipe en charge de la qualité	Nombre des services ou établissements des soins ciblés disposant d'une cellule ou équipe qualité	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la ZS	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports d'activités PV de mise en place des équipes à chaque niveau	1 mois après la formation sur la DQI	MCZ

4.	Proportion des services ou d'établissements des soins ciblés ayant organisé une auto-évaluation	Nombre des services ou établissements des soins ciblés ayant fait son auto-évaluation	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la ZS	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports d'activités	Fréquence Mensuelle	MCZ
5.	Proportion des services ou d'établissements des soins ciblés ayant bénéficié des missions externes d'évaluation	Nombre des services ou établissements des soins ciblés ayant bénéficié d'une évaluation externe	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la ZS	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports des missions d'évaluation externe	Fréquence Trimestrielle	MCZ
6.	Proportion des services ou d'établissements des soins dont les CEAQ/EEAQ mettent en œuvre un plan d'amélioration	Nombre des services ou établissements des soins ciblés ayant mis en œuvre son plan d'amélioration	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la ZS	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports de l'évaluation externe	Fréquence Trimestrielle	MCZ
7.	Proportion des services ou d'établissements des soins dont le score qualité est $\geq 60\%$	Nombre des services ou établissements des soins ciblés ayant fait un score qualité $\geq 60\%$	Nombre total des services ou établissements des soins au niveau de la ZS	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports de l'évaluation externe	Fréquence Trimestrielle	MCZ
8.	Proportion des services ou d'établissements ayant été accrédités par le MSP	Nombre des services ou établissements des soins ciblés ayant été accrédités par le MSP	Nombre total des services ou établissements des soins ciblés pour accréditation au pays	Analyse de rapports d'activités Quantification avec numérateur et dénominateur	Rapports des missions d'accréditation des structures	Fréquence Annuelle	DSSP/DOGSS

## b. Dans la communauté

N°	Indicateurs	Méthodes de collecte des données	Sources de vérification	Echéance	Entité Responsable
1.	Niveau de satisfaction des bénéficiaires/accompagnants par rapport aux soins et services reçus	Enquêtes dans la communauté Interviews de sortie Dépouillement des boîtes à suggestions	Rapports d'enquête	Fréquence Annuelle	MCZ

## c. Lien entre ces évaluations trimestrielles et le Financement Basé sur les Résultats(FBR)

Le rythme trimestriel de ces évaluations est conséquent au paiement des bonus qualité et/ou des primes de performance qui peuvent être mis en place par le Gouvernement de la République et ses partenaires d'appui, pour l'amélioration de la qualité des soins et services dans les établissements des soins et autres institutions du Ministère de la Santé.

L'implication de la Cellule Technique FBR du Ministère de la Santé aux travaux conjoints avec la Direction des Soins de Santé Primaires du MSP ayant dans ses attributions la qualité des soins et des services est un gage de collaboration fructueuse pour l'aboutissement effectif de ce grand projet d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Cet outil qui explore tous les aspects systémiques aiderait le MSP et tous ces partenaires à regarder dans la même direction plutôt que d'utiliser plusieurs approches qualité pour la même population de la RDC, chacun procédant à sa manière y compris pour le paiement de la prime de performance qui n'est pas basée sur les mêmes critères, indicateurs, processus et résultats comparables.

## **CHAPITRE IV. : MECANISMES DE PROMOTION DE LA DQI ET DE PERENNISATION DES ACQUIS**

### **IV.1. Promotion de la Démarche Qualité Intégrée**

Le Ministère de la Santé accorde une importance particulière au travail en équipe à tous les niveaux pour une meilleure coordination et complémentarité de ses différents services fonctionnant pour le même but qui est celui de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC. Ce travail en équipe est capital pour garantir la qualité des soins, la promotion de la DQI et nécessite l'implication de toutes les parties prenantes au développement du système de santé.

C'est dans cette optique que cette promotion devra commencer pour la dissémination de la démarche pour son appropriation à tous les niveaux en vue de faciliter la mise en œuvre sur le terrain. Ainsi donc les Services du Ministère de la santé, les Divisions Provinciales de la Santé et Zones de Santé devront continuer à se mobiliser pour constituer une masse critique des cadres et agents qui maîtrisent cette démarche qualité et qui pourront chaque fois documenter et partager les avancées, les expériences et les leçons apprises à l'occasion des réunions, des revues périodiques, des ateliers et évaluations sur le terrain.

### **IV.2. Pérennisation des acquis**

Les acquis de la mise en œuvre de cette démarche doivent être pérennisés en se basant sur les différents leviers qui peuvent être mise en place, notamment l'émulation entre les différents services impliqués dans cette démarche, les différents types de motivation comme les médailles de mérite, les brevets, les accréditations, la contractualisation, les bonus, l'affichage des portraits des membres du personnel d'étant distingués dans l'amélioration de la qualité, les primes ou autres insignes distinctifs etc.

Un des éléments importants de l'appropriation de la démarche qualité par les différentes équipes sur le terrain est de constater que les résultats des auto-évaluations internes vont dans le même sens que les évaluations externes. Ceci est une garantie de leur efficacité dans les soins et services qu'ils offrent à la population de la RDC. La réduction progressive d'éventuels écarts est un levier qui va motiver les différentes équipes et les pousser à fournir davantage d'efforts pour rester dans le bon.

Ainsi, ces différents mécanismes de pérennisation permettront la poursuite de l'objectif noble qui est de garantir la qualité des soins et services offerts même après un quelconque financement extérieur ou un projet.

## Références Bibliographiques

Rashad, Massoud ; Karen, Askov ; Jolee, Reinke ; Lynne M. Franco ; Thada, Bornstein ; Elisa, Knebel ; Catherine, MacAulay., Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé, Centre pour les services humains, Bethesda USA 2002.

Bruno, Bouchet ; Donna, Vincent Roa ; Sean , Yu ; Shirley, Rosenberg ; Jane, Vaughn., Monitoring de la qualité des Soins de Santé Primaires, Centre pour les services humains, Bethesda USA 1998.

Lynne M., Franco ; Jeanne, Newman ; Gaël, Murphy ; Elizabeth, Mariani., La qualité, par la résolution des problèmes et l'amélioration des processus, Centre pour les services humains, Bethesda USA 1997.

Brown, Lori D.; Franco, Lynne M.; Rafeh, Nadwa; et Hatzell, Theresa, Quality Assurance of Health Care in Developing Countries, Assurance de la qualité des soins de santé dans les pays en voie de développement, Série de perfectionnement méthodologique pour l'assurance de qualité, Centre pour les services humains, Bethesda, MD, 1992.

Myriam, Malengreau ; Assurer la qualité des soins de santé, notes de cours, Université Catholique de Louvain, Bruxelles Belgique, 2007.

Myriam, Malengreau ; Amélioration de la qualité des soins, notes de cours, Université Catholique de Louvain, Bruxelles Belgique, 2011.

Ministère de la Santé, Direction de Développement des Soins de Santé Primaires, Guide pour Monitoring des interventions au Centre de Santé et dans la communauté, 2003.

Ministère de la Santé, Direction de Développement des Soins de Santé Primaires, Normes d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Santé, version 2012.

Ministère de la Santé-CAO 4 & 5, Monitoring Amélioré pour Action(MAA), 2012.

GIZ-Coopération Allemande, Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité (SQI) Systemic Quality Improvement.

MSH-Prosani, Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle (FOSACOF).

JICA-Coopération Japonaise, 5S-KAIZEN-TQM.

UE-FED 9, Evaluation de la Qualité par les Pairs(EQP).

OMS-Assurance Qualité des Soins(AQS), 2003.

Fayoum University, TQM course, Fayoum Egypt 2015.

OUTILS ET PERIODICITE DES REUNIONS, AUTO-EVALUATION, EVALUATIONS DQI ET ENQUETES MENAGES

STRUCTURES OU FOSA	REUNIONS DE LA CEAQ/EEAQ		EVALUATIONS DE LA QUALITE ET ENQUETES MENAGES A TRAVERS LA DQI			
	Hebdomadaire	Bi-hebdomadaire	Mensuelle	Trimestrielle	Semestrielle	Annuelle
<b>Centre de santé</b>	Réunion de la cellule d'évaluation et d'amélioration de la qualité(CEAQ)		Auto-évaluation avant la revue mensuelle Revue mensuelle des infirmiers titulaires des AS autour du MCZ	Evaluation de la qualité des soins et des services (outil DQI CS)	Enquête satisfaction des patients et leurs familles Y compris l'exploitation des données de la boîte à suggestions	
<b>Hôpital Général de Référence</b>			Réunion de l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)	Evaluation de la qualité des soins et des services (outil DQI HGR)	Enquête satisfaction des patients et leurs familles Audits médicaux et de décès Y compris l'exploitation des données de la boîte à suggestions Triangulation des hôpitaux	
<b>Bureau Central de la Zone de Santé</b>			Réunion de l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)	Evaluation de la qualité des soins et des services (outil DQI BCZ)	Audits médicaux et de décès	Enquêtes ménages pour les interventions communautaires liées à la promotion des pratiques clés de la santé/comportement.
<b>Division Provinciale de la Santé</b>				Réunion de l'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)	Evaluation de la qualité des soins et des services (outil DQI DPS)	
<b>Les services du Niveau Central</b>	Collecte des données sur la qualité des soins et des services	Collecte des données sur la qualité des soins et des services	Collecte des données sur la qualité des soins et des services	Collecte des données sur la qualité des soins et des services	Réunion de la coordination d'évaluation et d'amélioration de la qualité(EEAQ)	Evaluation de la qualité des services (outil DQI SNC)

**Liste générale des participants pendant les étapes du processus inclusif et participatif d'élaboration et/ou de validation technique, pré-test et finalisation de la Démarche Qualité Intégrée(DQI)**

N°	PRÉNOMS, NOMS, POSTNOMS	N°	PRÉNOMS, NOMS, POSTNOMS	N°	PRÉNOMS, NOMS, POSTNOMS
1	Dr Blanchard MUKENGESHAYI KUPA	33	AG Jean Léon MOFUMUNGI MAFA	65	Dr Michel MANENO KANYWABAHIZI
2	AG Paul NGANDU KATALA KAKOLE	34	Zénon MAKENGO MASWA	66	Mr Richard BYENDA SAA-SALI
3	Dr José KUMUMANGI MALEKEA	35	AG Vivianne NGANZOKU KENKENO	67	Dr Mignon BUGANDWA
4	Dr Dieudonné MOTEMANKELE	36	Mme Émilie LUTINA	68	Ph Janvier KULIMUSHI MASIRIKA
5	Dr Cosmas TSHEKE KOY	37	Phar Thomas LUZOLO LK	69	Mr Jean de Dieu MPURUTA
6	Dr Jean Caurent MANTSHUMBA BIKETE	38	Dr Christophe DOSSOUVI	70	Phar Emmanuel KANYONYO
7	Dr Matthieu KANDAL KARUMB	39	AG Jean de Dieu WEMBO NDJADI	71	Dr Freddy BIREMBANO
8	Dr Stéphane KWATA EWANDO	40	Mme Jeannette MUPENDA SAFI	72	Mr MUSHAGALUSA BYAMUNGU
9	Dr Robert DJAMBA LAMA	41	Dr Yvon TSHILOMBO NKASHAMA	73	Dr Michel MULOHWE MWANA KASONGO
10	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO	42	Mme Philomène MUJINGA	74	Dr Bernadette MBU NKOLOMONYI
11	Dr José LIPEKENE BUSA BOPELE	43	Prof Dr KAMBA BELOLE	75	Dr Modeste KASEREKA NEPPA
12	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA	44	Dr Gisele LUHANGA	76	Dr Alain IYETI MBOKO
13	CD Salomon NYOBI NTAMBU	45	YUKIKO MABUCHI	77	Dr Caroline BONDONGA MONKAMVULA
14	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI	46	Mr Franklin LONGOMO	78	AG Jean Marie KAYUMBA LISAMBOLA
15	Phar Germaine KIMBAMBU NSIANGANI	47	Mr NSEMOWANA NSEDIEMA	79	Dr Achille MUDIANDAMBU
16	Dr Donat MBALE IKONDE	48	Mr MUTEBA MANKOSI	80	Dr Pierre SAMBU NZITA
17	Dr Justin KABONJO LUBALA	49	Mme Mamie BAUMA	81	Dr Bibiche IZALE
18	Dr Ignace MULAMBA TSHIBANGU	50	Dr Roger NGANTSUI BENI	82	Dr Dominique BAABO
19	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA	51	Dr KANDE KABASELE	83	Dr Ernest TSHIYOYO KABASELE
20	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA	52	Dr Maurice KANZA NSIMBA	84	Prof Dr Célestin NSIBU NDOSIMAU
21	Mme Stéphanie TUMBA BINAMA	53	Mme Marie Louise MBOMBO KABANTU	85	Dr Henri BONGO LYAMBA BOLOWETI
22	Mme Thérèse BAMOLEKE MANGAZA	54	Dr Schwartz MAZAMA	86	Dr Marie Josée LOSE
23	Dr Noriaki IKEDA	55	Mr Albert LUBAMBA NDOMFUSU	87	Mr Tite NGUANGU NSAY
24	Dr Raymond MUFWAYA NSENE	56	Dr Suzanne KAMBAZA	88	Mr Serge THASSINDA
25	Dr Léonie MANYA KITOTO	57	Mr BUJIRIRI CHOKOLA	89	Dr Dickson VEYI TADULU
26	Dr Freddy TSHAMALA	58	Dr Thierry SALUMU	90	Mme YABILI MALUNGA
27	Dr Teddy MANDAY	59	Dr Zozo MUSAFIRI	91	Dr Évariste LIKINDA BOFONDA
28	Dr Freddy USUNGO USUMBA	60	Theodore NTABURHE	92	Prof Dr Jean Pierre ELONGI MOYENE
29	AG Jean Norbert MBONZI MBUYA	61	Phar NYOTA KAHAMBIRA	93	Dr Yves ILUNGA BANZE
30	Dr Jolie BISHALA MUTOMBO	62	Dr CIBINDA NTOLE	94	Dr Jeff MEMBA DIOWO
31	Dr Guy MUSSAMBA	63	Mr Rogatien MASHALI	95	Dr Richard MATENDO
32	Dr Apachat LUMINGU	64	Dr Yves KARUMBA NTALASHA	96	Dr Socrate CUMA BYAMUNGU

## **ANNEXES**

### **Différents outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité**

Outils DQI et instructions de remplissage pour :

1. Le Centre de Santé(CS)
2. L'Hôpital Général de Référence(HGR)
3. Le Bureau Central de la Zone de Santé(BCZS)
4. La Division Provinciale de la Santé(DPS)
5. Les Services du Niveau Central(SNC)
6. La Communauté(COM) : Enquêtes ménages et enquêtes satisfaction
7. La grille d'évaluation de la gestion et la qualité des MEG et autres intrants