REPUBLIQUE DU SENEGAL

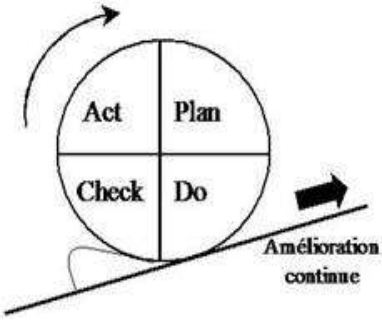
Un Peuple-Un But-Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

Programme National Qualité

Plan stratégique national intégré de la Qualité en Santé

2018–2022



Remerciements

La réalisation de ce plan est le fruit des efforts concertés de la part de plusieurs acteurs.
Le processus d'élaboration de ce plan a suivi une démarche participative et consensuelle à travers plusieurs étapes impliquant les principaux acteurs du Ministere de la Santé et de l'Action Sociale dans la perspective de favoriser l'appropriation et la pérennisation des interventions.

Le Ministere adresse ses remerciements à tous les professionnels de la santé et partenaires qui ont apporté leur expertise et ont permis l'aboutissement heureux du processus.

Les remerciements s'adressent particulièrement aux partenaires bilatéraux en particulier l'USAID à travers IntraHeallth International et la JICA pour leur soutien technique, logistique et financier au processus d'élaboration de ce présent document.

Remerciements aux membres du Comité technique pour leur contribution intellectuelle

- **Dr Abdoulaye LY ,** CT/ DGS
- **Dr Ndeye Ndella Konaté** Coordonnatrice du PNQ
- **Mme Ndickou thiam** PNQ
- **Mr Amadou Fall , DES**
- **Mr Samba Cor Sarr** DER/DPRS
- **Dr Habib Sall** ,MCD Djoffior
- **Dr Moussa Dia IntraHealth** / USAID
- **Dr Mame Cor Ndour** Abt/USAID
- **Dr Schimuzu**, CT/Jica
- **Mme Marie francoise malack**, Jica
- **Dr Mamadou Ngom,** OMS
- **Dr Karim Seck** Consultant

Préface

Malgré les progrès indéniables des indicateurs sanitaires qui témoignent des efforts consentis par les différentes composantes du système de santé du Sénégal, l'exigence de qualité demeure une préoccupation. Cette exigence est clairement exprimée dans le Plan National de Développement sanitaire 2009-2018 lequel est parfaitement articulé au Plan Sénégal Emergent et aux Objectifs du Développement Durables. L'avènement de la Couverture Médicale Universelle vient renforcer la nécessité d'offrir aux populations sénégalaises des soins et services efficaces, surs et humanistes.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'est inscrit dans cette exigence de la qualité et de la sécurité des soins par la mise en place de deux programmes en l'occurrence le Programme National Qualité et le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ceci a permis d'asseoir les bases d'une amélioration de l'hygiène hospitalière et de la stratégie de prévention et controle des infections associées aux soins. Ainsi différentes composantes du système de santé se sont dotées d'instruments de normalisation des soins et des initiatives d'amélioration de la qualité ont été mises en œuvre avec succès et certaines d'entre elles ont été institutionnalisées.

Ce nouveau plan Stratégique 2018-20122 marque une volonté de rationalisation et d'efficience à travers l'intégration des deux programmes en un Programme National Intégré de la Qualité en Santé. Il consolide par ailleurs les acquis déjà obtenus, tout en adressant dans une démarche pragmatique et réaliste, les lacunes qui affectent encore la qualité et la sécurité des soins et services,gage d'une pleine confiance des populations vis-à-vis de leur système de santé national.

Conscient que l'atteinte des objectifs de ce plan stratégique nécessitera une mobilisation accrue de ressources, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale marque son engagement à soutenir le Programme National Intégré de la Qualité en Santé et sait également pouvoir compter sur l'appui des autres secteurs, des partenaires techniques et financiers et des collectivités locales et des usagers.

Pr Awa Marie Coll Seck

Sommaire

Remerciements 2
Préface 3
Résumé Exécutif 6
Sigles et Abréviations 11
Liste des Figures 13
Liste des Tableaux 13
Introduction 14
Chapitre I: Analyse situationnelle 15
1. Présentation du Sénégal 15
1.1. Données physiques *15*
1.2. Données sanitaires *16*
2. Qualité et sécurité des soins et services au Sénégal 17
2.1. Présentation du Programme National Qualité *17*
2.2. La Qualité en regard du système de santé *21*
2.3. Les initiatives et expériences Qualité *27*
Chapitre II: Cadre stratégique 29
1. Vision, Mission, Valeurs et principes du PNQ 29
4.1. Vision *29*
4.2. Missions *29*
4.3. Valeurs et Principes *29*
2. But et Objectifs stratégiques 30
5.1. But *30*
5.2. Objectifs stratégiques *30*
3. Interventions 32
6.1. Objectif Stratégique 1 : Assurer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux *32*
6.2. Objectif Stratégique 2 : Améliorer l'hygiène, la sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux *33*
6.3. Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales *34*
6.4. Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme *35*
4. Cadre Logique 37
Chapitre III: Cadre de mise en œuvre 55
1. Cadre Institutionnel et mécanismes de coordination 55
1.1. Le Comité National Qualité et Sécurité des soins et services (CNQSS) *55*
1.2. Les Comité Régionaux et Départementaux Qualité et Sécurité des soins et services (CRQSS et CDQSS), ... *56*

1.3. L'Unité de Gestion et de Coordination du PNIQS 57
2. Plan de mise en œuvre 58
3. Mécanismes de Suivi/Évaluation 58
3.1. Le Suivi 58
3.2. L'évaluation 59
4. Mobilisation des ressources 60
Annexes 61
Annexe 1 : Plan d'action budgétisé 62
Annexe 2 : Récapitulatif budget plan stratégique 69
Annexe 3 : Cadre de Performance 70
Annexe 4 : Chronogramme des activités 77
Annexe 5 : Bilan de mise en œuvre du Plan Stratégique Qualité et du PRONALIN 2011-2015 82
Annexe 6 : Proposition d'Organigramme du PNIQS 86
Annexe 7 : Besoin de la Division Qualité en Personnel 87

Résumé Exécutif

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services de santé est devenue une préoccupation universelle. Au Sénégal, l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population est l'un des axes stratégiques du plan national de développement sanitaire 2009-2018 (PNDS 2009-2018) C'est ainsi que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a mis en place un programme national Qualité(PNQ) chargé de développer une culture qualité dans le système de santé. Ce programme s'est doté d'un plan stratégique couvrant la période de 2011- 2015 pour lui permettre de mener à bien ses missions à travers trois (03) objectifs stratégiques. Préalablement au PNQ, le MSAS a mis en place le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) qui a fonctionné sur la base d'une feuille de route s'articulant autour de l'hygiène hospitalière, la gestion des déchets biomédicaux, la prévention et la gestion des risques liés aux soins.
Bien que relevant du même domaine global de la qualité des soins et services, les deux programmes ont été d'abord mis en œuvre de manière parallèle, puis ont été mis sous la tutelle de la coordination du PNQ sans toutefois être formellement intégrés.
Aux termes du premier Plan Stratégique 2011 2015 du Programme National Qualité, il s'est avéré opportun de faire un bilan des acquis obtenus en matière de qualité et sécurité des soins et services au sein du système de santé, d'identifier les lacunes et défi en vue d'élaborer le deuxième plan Stratégique Qualité pour les 5 prochaines années.

Sur la base de l'analyse situationnelle, les principales lacunes et défis identifiés sont :

- L'absence d'une politique coordonnée de qualité et sécurité des soins couvrant l'ensemble des structures du système de santé ;
- L'insuffisance de la normalisation des soins et services
- Le niveau d'hygiène hospitalière encore insuffisant malgré les efforts consentis
- Une gestion des déchets biomédicaux ne répondant pas aux normes de sécurité environnementales
- Une prévention et gestion des risques encore embryonnaire
- Une qualité des soins en progression nécessitant d'être renforcée notamment pour certaines pathologies encore peu soutenues
- Une faible participation des usagers à l'amélioration de la qualité des soins et services
- Une capacité institutionnelle du PNQ insuffisante en regard des ses missions.

Afin de combler progressivement ces lacunes, ce Plan Stratégique Qualité 2018-2022 a été élaboré dans une approche globale et intégrée de la Qualité couvrant non seulement les soins mais également tous les services et fonctions qui contribuent à une bonne performance du système de santé et une bonne confiance des populations sénégalaises vis-à-vis de ce système.

Le Plan Stratégique Qualité 2018-2022 se donne pour **Vision** « **Un Sénégal où toute la population bénéficie de soins et services et de santé de qualité répondant à leurs besoins réels** ».

Les missions du PNQ consistent à :

- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Apporter un soutien technique aux structures sanitaires pour l'application des mesures d'hygiène ;
- Participer à l'élaboration des cahiers de charge pour la bonne réalisation de toutes les activités dans les structures de santé et veiller à leur respect et application ;
- Veiller à ce que les fonctions de soutien et d'appui (approvisionnement, infrastructures, équipements, environnement, personnel, communication…) s'effectuent selon des normes pour assurer la qualité et la sécurité des prestations ;
- Organiser la prévention et contrôle des infections et incidents associés aux soins
- Définir un mécanisme d'élaboration, d'adaptation, de communication et de révision régulière des référentiels (PNP) ;
- Organiser les activités en relation avec la sécurité du travail ;
- Mettre en place un système continu de monitoring et de compte rendu des activités de soins et services et de gestion du programme

Le Plan S'appuie sur des **Valeurs et Principes** que sont :

- L'Éthique
- L'Équité
- L'Humanisme
- Le Leadership
- La Mesure

1. But

Contribuer à l'amélioration continue de la performance du système de santé à travers une démarche qualité

2. Objectifs stratégiques

Objectif Stratégique	**1 :**	Assurer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux
Objectif Stratégique	**2 :**	Améliorer l'hygiène, et la sécurité des soins et services à tous les niveaux
Objectif Stratégique	**3 :**	Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales à tous les niveaux
Objectif Stratégique	**4 :**	Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme

3. Les intervenions clés

a. Objectif Stratégique 1 : assurer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux

- **L'élaboration d'une politique nationale qualité du MSAS** qui sera constituée d'un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base visant les décisions et les actions à long terme. Le MSAS définira ainsi un cadre propice de référence où l'amélioration de la qualité des soins et services de santé au Sénégal trouvera une réponse efficiente et durable.
- **La mise en place d'une base de données sur la normalisation** au sein du MSAS permettra au PNQ de disposer d'une situation sur le nombre de structures du ministère disposant de manuel de procédure ou de politique normes et protocoles (PNP) ainsi que sur leur planification quant à la mise à jour régulière de ces documents. Cela permettra une planification plus rationnelle de l'appui du PNQ.
- **L'appui technique du PNQ** sera planifié annuellement lors de l'élaboration des PTA.
  Les structures ou programmes ayant besoin de cet appui technique seront identifiés à l'aide de la base de données sur la normalisation, ainsi le PNQ va veiller à l'inscription de l'élaboration ou de la mise à jour des PNP par ces structures et d'apporter l'appui technique adéquat.

b. Objectif Stratégique 2 : Améliorer l'hygiène, la sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux

Il s'articule autour de :

- **La Prévention et le contrôle des Infections Associées aux Soins (IAS)** s'appuieront sur la redynamisation des CLIN et CHSCT ainsi que sur le développement de l'hygiène de base notamment l'Hygiène des mains, l'entretien rationnel des locaux de soins, le traitement des dispositifs médicaux à usage multiple, la désinfection et la stérilisation
- **La gestion des risques** s'appuiera sur la construction d'un système de gestion des événements indésirables au niveau du secteur de la santé, la gestion des risques professionnels ainsi que les différents champs de la pharmacovigilance de l'hémovigilance ; de la matériovigilance, de l'infectiovigilances de la toxicovigilance.
- **La gestion des déchets biomédicaux** s'appuie sur une politique d'hygiène de gestion des déchets bio médicaux avec pour axes prioritaires, une réglementation adéquate, des ressources humaines qualifiées, des moyens, matériels et financiers suffisants.

c. Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales

L'amélioration durable de la qualité des prestations passera par :

- **Le renforcement des capacités** qui concernera la formation en qualité à l'intention des acteurs du MSAS afin de disposer d'une masse critique de prestataires formés sur les concepts et approche d'amélioration de la qualité des soins et services et de qualiticiens pouvant jouer le rôle de point focal qualité régional. Un plaidoyer sera également mené pour l'intégration du management de la qualité dans les curricula des écoles de formation en santé.

- **La Promotion de Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité** passera par l'appui à la mise en œuvre et à la documentation des expériences pilotes (REX : retour d'expériences), à l'instauration d'un système de reconnaissance et à la vulgarisation des expériences réussies.
- **La pratique des audits cliniques.** Il s'agit d'une approche d'évaluation des pratiques professionnelles qui consiste en une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.
- **Le Renforcement de la communication** consistera en l'organisation d'événements annuels de grande envergure tels que la journée mondiale de l'hygiène des mains ; l'appui à l'organisation des journées régionales et d'une journée nationale qualité. Par ailleurs un plan de communication sera élaboré.
- **La Promotion de la participation des usagers à l'amélioration de la qualité de services** se fera autour de trois modalités à savoir l'évaluation de la satisfaction des usagers, la gestion des plaintes, et leur présence au sein des conseils d'administration des hôpitaux.

d. Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme national Qualité

L'amélioration des capacités institutionnelles et opérationnelles du PNQ passe par :

- **La Révision du cadre institutionnel** qui consistera à renforcer les prérogatives de l'entité de gestion de la qualité et de la sécurité des soins et services au sein du MSAS en intégrant formellement le PRONALIN et le PNQ qui deviendra le Programme National Intégré de la Qualité en Santé (PNIQS). Par ailleurs pour mener à bien ses missions d'appui, de veille de normalisation, le Programme National Qualité s'appuiera également sur un Comité National Qualité et Sécurité des soins ainsi que sur des comités régionaux et départementaux .
- **Le Renforcement de la capacité institutionnelle** passe par la dotation du Programme en Ressources Humaines de qualité capable d'assister la coordination dans la conduite des missions. Par ailleurs il sera impératif de doter le programme de locaux appropriés, d'équipements et surtout d'une logistique suffisante. Ce renforcement institutionnel passe également par un plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des partenaires afin que le programme dispose de ressources financières en rapport avec ses missions.
- **Le Renforcement du système de suivi évaluation** consistera à élaborer un plan de suivi évaluation et à le mettre en œuvre, renforcer les capacités des acteurs responsables du suivi/évaluation du programme à travers des formations et des voyage d'étude. Le plan de suivi évaluation sera documenté et diffusé et un plan de supervisions semestrielles des activités du programme sera mise en œuvre.
- **Le renforcement du partenariat.** Il s'agira de mettre en place un cadre de partenariat avec d'autres secteurs en s'appuyant sur la plateforme de partenariat multisectorielle mise en place au sein du MSAS.

4. Cadre Institutionnel et mécanismes de coordination

Afin de pouvoir mener a bien ses missions sur l'ensemble du système de santé et de pouvoir gérer les différentes dimensions de la Qualité

le PNQ devra s'appuyer sur un dispositif institutionnel tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. La prévention et le contrôle des infections liées aux soins devront être intégrés à la gestion de la qualité dans une approche globale et holistique de la Qualité. Ainsi, le PRONALIN sera formellement intégré au PNQ en un **Programme National Intégré de la Qualité en Santé (PNIQS**). Ce dernier, sous la tutelle d'une Direction qui lui permettra de jouer pleinement son role transversal qui lui est devolu , devra comprendre:

1. Le Comité National Qualité et Sécurité des Soins et Services ;
2. Les Comités Régionaux et Départementaux Qualité et Sécurité des Soins et Services ;
3. L'Unité de gestion et de coordination au niveau central.

Le budget du plan stratégique 2018-2022 est de **2 323 941 455** F CFA soit un investissement annuel moyen de 465 000 000 F CFA. Ce plan stratégique survient dans un contexte de faible soutient des partenaires à la Qualité. Il sera ainsi un outil important de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des services du système de santé du Sénégal.

Sigles et Abréviations

AES	Accident d'Exposition au Sang
ANASEP	Alliance Nationale Pour la Sécurité des Patients
ANDS	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASCOSEN	Association Nationale des Consommateurs du Sénégal
ASHIR	Association de Soutien aux Hémodialyses et Insuffisants rénaux
ANS	Association Sénégalaise de Normalisation
ASSAD	Association Sénégalaise de Soutien aux Diabétiques
BMR	Bactéries Multi résistantes
CA	Conseil d'Administration
CDQSS	Comité Départemental Qualité et Sécurité des Soins et Services
CHS	Comité d'Hygiène de Sécurité
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN	Comité locaux de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNQSS	Comité National Qualité et Sécurité des soins et services
CRQSS	Comité Régional Qualité et sécurité des Soins et services
CS	Centre de Santé
DBM	Déchets Biomédicaux
DES	Direction des Établissements de Santé
DHIS2	Data Health Information System
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	Domaine de Prestation de Services
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soin
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
EDS	Enquête démographique de Santé
EIG	Événement Indésirables Graves
EPS	Établissement publique de santé
FBR	Financement Basé sur le Résultat
GDBM	Gestion des déchets biomédicaux
IAS	Infections Associées aux Soins
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectifs de Développement durables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental

ORCAP	Outils de Renforcement des Capacités par Auto analyse Participative
PDIS	Plan de Développement Intégré du secteur de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politique normes et procédures
PNQ	Programme National Qualité
PNIQS	Programme National Intégré de la Qualité en Santé
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PPS	Point de Prestation de Santé
PRESSMEN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternel et Néonatal
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PSE	Plan Sénégal Émergent
PTA	Plan de Travail Annuel
RAM	Résistance aux Antimicrobiens
REX	Retour d'Expériences
SE	Suivi Évaluation
SLIPTA	StepwiseLaboratoryImprovementProcessTowardsAccreditation
SNH	Service National de l'Hygiène

Liste des Figures

Figure 1 : Carte administrative du Sénégal 15
Figure 2 : La pyramide sanitaire 16
Figure 3: Taux de survie des PVVIH sous ARV 23
Figure 4: taux de succes du traitement de la tuberculose 23
Figure 5; Taux Infections Nosocomiales des 3 Enquêtes 23
Figure 6: taux de satisfaction des usagers selon l'enquete modulaire ANSD 2015 26

Liste des Tableaux

Tableau 1: Dimensions de la qualité et composante du systeme de santé 21
Tableau 2:Profil épidémiologique du Sénégal 22
Tableau 3: normes d'implantation des infrastructures sanitaires Carte Sanitaire 2016 25

Introduction

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a mis en œuvre plusieurs activités dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services de santé. Un Programme national Qualité a été mis en place et celui-ci s'est doté d'un plan Stratégique 2011-2015 dont l'objectif général est d'améliorer la qualité des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'hygiène hospitalière et la prévention des infections nosocomiales constituent une composante essentielle de la qualité et de la sécurité des soins et services. C'est ainsi que les autorités médicales ont mis en place un Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales (PRONALIN) depuis 2004 avec pour objectif général de réduire l'incidence des infections associées aux soins par une amélioration de l'hygiène et de la qualité de la prise en charge des patients dans les structures sanitaires. Après une mise en œuvre séparée des deux programmes, les autorités du MSAS ont manifesté l'intérê d'intégrer le PNQ et le PRONALIN.

Conformément à la vision et aux objectifs du PNDS 2009-2018, les stratégies d'intervention doivent véritablement être tournées vers l'amélioration de la qualité de l'offre de services. La qualité, l'hygiène et la sécurité de la prise en charge doivent être garanties à tous les niveaux de la pyramide.

Afin de renforcer les acquis obtenus en matière de qualité des services et de prévention des infections nosocomiales, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, souhaite élaborer un nouveau Plan Stratégique Qualité pour les 5 prochaines années.

Chapitre I: Analyse situationnelle

1. Présentation du Sénégal

1.1. Données physiques

Le Sénégal, pays de l'Afrique occidentale, est situé entre 12°5 et 16°5 de latitude Nord et 11°5 et 17°5 de latitude Ouest. Son territoire s'étend sur une superficie de 196192 km2.L'océan Atlantique borde l'Ouest du pays sur 700 km de côte. Les pays limitrophes du Sénégal sont la Mauritanie au nord, la Guinée et la Guinée Bissau au Sud, le Mali à l'Est. La république de Gambie forme une enclave de terre qui s'incruste sur plus de 300 km dans le Sud du territoire Sénégalais. Le Sénégal est pourvu d'un relief plat, excepté les montagnes du Fouta-Djalon, dans le Sud-Est du pays, qui atteignent 500 m d'altitude. Son climat soudano sahélien, se caractérise par une saison sèche de Novembre à Mai et une saison pluvieuse de Juin à Octobre, avec quelques variations pluviométriques déterminant trois zones climatiques : une zone forestière au Sud, la savane arborée au centre et une zone semi-désertique au Nord.

Figure 1 : Carte administrative du Sénégal

1.2. Données sanitaires

Le système de santé sénégalais épouse une forme pyramidale à 3 niveaux :

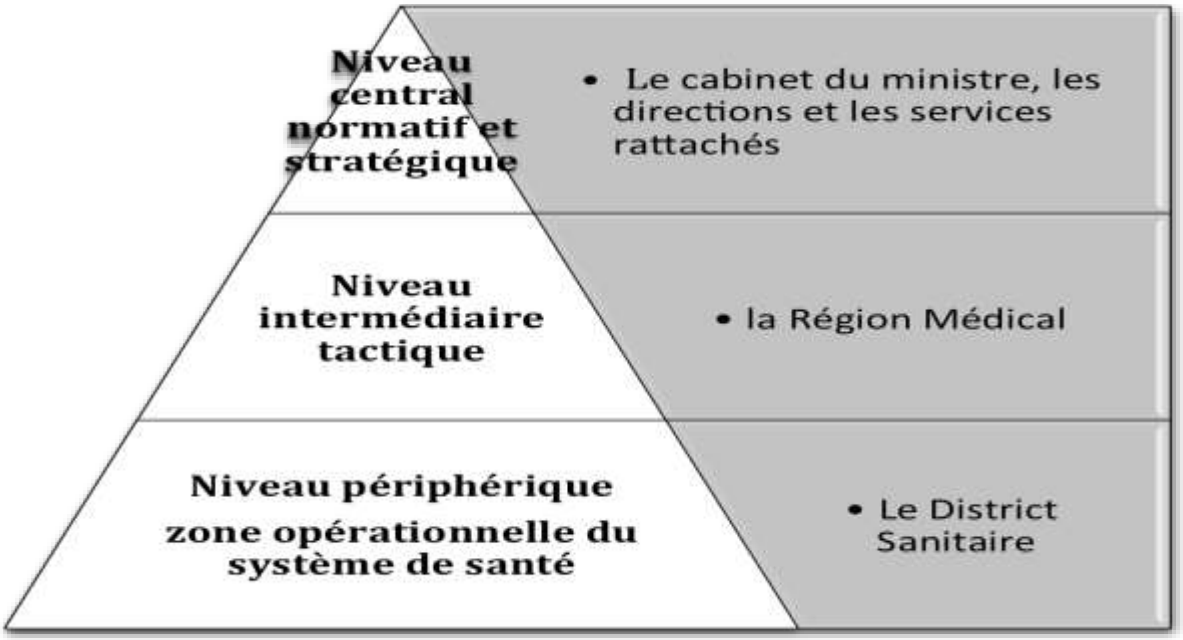


Figure 2 : La pyramide sanitaire

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui, en son article 8, garantit le droit à la santé à tous les citoyens, et en son article 17 « garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être ».

Ainsi, cette politique est décrite à travers le Plan National de Développement de la Santé (PNDS) qui s'articule autour des axes suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérables ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

Le premier PNDS (PNDS 1998 – 2007), élaboré en 1998 pour une durée de 10 ans, visait le renforcement du système national de santé. Sa mise en œuvre a nécessité l'élaboration d'un plan à court terme de cinq ans appelé Plan de Développement Intégré du secteur de la Santé (PDIS) financé en majeure partie par la banque mondiale.

Le PNDS 1 a permis une meilleure organisation du système de santé sur le modèle pyramidal avec un renforcement des capacités du personnel de santé. Cependant, les ressources humaines restent toujours insuffisantes, posant des difficultés dans la gestion, la coordination et le suivi des programmes. Le secteur privé également n'est pas impliqué dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Ainsi, le PNDS 2 (PNDS 2009 – 2018) repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

L'attention portée à la démocratisation des soins dans le cadre du PNDS 2 n'occulte pas cependant la priorité accordée à la prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires. Ce plan est certes orienté vers la réalisation des OMD santé, mais un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités.

Les objectifs du PNDS 2 sont au nombre de quatre **:**

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

2. Qualité et sécurité des soins et services au Sénégal

2.1. Présentation du Programme National Qualité

1) Les fondements politiques

L'action du MSAS dans le domaine de la Qualité s'appuie sur l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD3) notamment la cible 3.8 qui consiste à « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

Ils s'articulent également avec l'Axe 2 : Capital humain, Protection sociale et Développement durable du Plan Sénégal Émergent (PSE) plus spécifiquement l'objectifs d' améliorer l'offre et la qualité des services de santé, à travers le développement de l'approche communautaire dans la promotion de la santé, le renforcement des moyens d'évacuation, la construction et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, le renforcement des centres médicaux de garnison, le recrutement d'un personnel sanitaire qualifié réparti équitablement sur le territoire National et la promotion des médicaments génériques.

Quant au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) il précise que « Conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention au cours des dix prochaines années seront véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. »

2) But et Missions

Le but du programme pour la Qualité des soins et des services de santé est de créer un environnement dans lequel les acteurs de la santé connaissent et appliquent la démarche qualité à la satisfaction des clients, ont les compétences pour la mettre en œuvre de façon pérenne avec les ressources disponibles. Il s'agit, en résumé, **de développer une culture qualité** dans le système de santé.

Le Programme Qualité est un ensemble d'activités transversales dans lesquelles sont impliqués tous les programmes de santé et tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté.

Dans la logique de transferts de compétence aux collectivités locales, le niveau communautaire aura un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du programme national qualité.

L'ensemble de l'organisation pour la qualité sera assuré par un coordonnateur national.

Pour cela un cadre organisationnel permettra :

- Un suivi du processus (supervision, coaching, documentation,) ;
- Une harmonisation des outils et techniques de gestion qualité ;
- Un développement des compétences à tous les niveaux ;
- Une gestion optimale des ressources ;
- Une synergie dans le partenariat, la collaboration et la coordination.

3) Fonctionnement

Conformément aux orientations stratégiques de la politique nationale pour la qualité des soins et des services de santé, le programme doit assurer : des fonctions techniques de l'Assurance Qualité (au nombre de 3) et des fonctions de soutien (au nombre de 5).

Les fonctions techniques

Elles reposent sur la logique précédemment décrite, à savoir :

- Définir ou concevoir la qualité ;
- Mesurer ou contrôler la qualité ;
- Améliorer la qualité.

Elles doivent :

a. mettre en place des mécanismes :

- de développement, d'adaptation, de révision et de communication des normes et références de soins et de gestion ;
- mesure du degré de conformité des activités et des pratiques professionnelles aux normes préétablies y compris le point de vue des clients ;

b. Initier, promouvoir et soutenir toute méthode structurée d'amélioration de la qualité

Les fonctions de soutien

Elles sont indispensables à la mise en place, à l'efficacité et à la pérennité des fonctions techniques. Elles sont regroupées en 5 catégories :

a. la formation ;
b. la facilitation du travail des équipes d'amélioration de la qualité (coaching) ;
c. la documentation des activités de l'assurance qualité ;
d. l'information et la communication entre les différents niveaux et structures du système de santé ;

e. la création d'un environnement motivant les personnels à améliorer leurs performances.

Ces différentes fonctions sont intégrées aux principales activités à mettre en œuvre pour la réalisation des processus structurants émanant des besoins et services des clients du système de santé.

Le Suivi –évaluation

L'organe chargé de la coordination devra veiller aussi au suivi évaluation du PNQ sous tous ces aspects. Un pilotage au quotidien devra être de mise à l'aide d'instruments de suivi à tous les niveaux. Un système d'évaluation périodique devra également être institué.

4) Capacité d'action du PNQ/PRONALIN

Au niveau Central

Les capacités d'actions du PNQ dans sa conformation institutionnelle actuelle sont très réduites en regard des 14 missions qui lui sont assignées. Celles-ci s'articulent autour des fonctions de ormalisation et d'organisation des services, de veille règlementaire, de plaidoyer, de surveillance, de reportage et de gestion de l'information. Ces fonctions sont susceptibles de s'exercer sur des activités ou services sous la responsabilité régalienne d'autres entités et structures du MSAS sur lesquelles le PNQ n'a pas de prérogatives d'ingérence ou de contrôle. Par ailleurs la transversalité de la Qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que les nombreuses dimensions qu'elle embrasse font intervenir plusieurs services tant au sein du MSAS qu'en dehors de celui-ci ce qui impose de revoir le positionnement institutionnel du PNQ /PRONALIN pour lui permettre de mener à bien ses missions.

Le PRONALIN est mieux circonscrit dans ses missions et prérogatives ce qui lui confère une meilleure capacité d'action au sein du système. Même si certaines de ses missions étaient menées par des agents du Service National de l'Hygiène(SNH). Le domaine spécialisé aux structures de santé ainsi que le caractère codifié des interventions a permis au PRONALIN de s'individualiser au sein du système tout en gardant une bonne collaboration avec le SNH dont les agents restent les principaux acteurs opérationnels des CLIN au sein des structures hospitalières.

Au niveau décentralisé

Selon le questionnaire adressé aux structures sanitaires et sur la base des sites visités, huit structures (hôpitaux et centre de santé) de service se sont engagés dans une démarche qualité mais seulement moins d'une sur trois ont formalisé cet engagement à travers un document (17% des hôpitaux contre 31% des CS). Un peu moins de quatre structures déclarent avoir mis en place une direction ou un service chargé de la qualité des soins et services (29 % des CS et 58% des hôpitaux). Selon l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Santé (ECPSS 2015) seulement 14 % des structures organisaient régulièrement des réunions d'assurance qualité et disposaient d'une documentation attestant qu'une telle réunion avait eu lieu.

5) Bilan de mise en œuvre du Plan Stratégique Qualité 2011-2015

Afin de mieux prendre en compte les priorités du PNDS en matière de qualité, le PNQ s'est doté avec l'appui des partenaires d'un plan stratégique 2011-2015

Ce plan qui avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins et des services à tous les niveaux de la pyramide, était articulé autour de trois (03) axes stratégiques à savoir le renforcement du dispositif référentiel du secteur en matière de qualité, le renforcement des capacités du MSAS dans la mise en œuvre du PNQ et l'amélioration du système de coordination et de suivi évaluation du programme

L'évaluation du plan a permis de constater que seules 40% des activités ont été exécutées :

- Une analyse situationnelle de la qualité dans le système de santé a pu être menée
- Les référentiels et documents de normes ne sont pas systématisés et que quand bien même ces documents existent, ils ne sont pas connus des acteurs du système
- Les approches d'amélioration de la qualité réussies sont mises à L'échelle sans qu'un cadre de mise à l'échelle des expériences réussies ne soit mis en place.
- Des modules de formations sur la qualité ont été élaborés et 50% du personnel ont été formés avec un suivi post formation. Néanmoins, le management de la qualité n'est toujours pas intégré dans les curricula des écoles de formations en santé
- La mission d'appui et de conseil pour le respect des normes dans les domaines des ressources humaines, des infrastructures, des équipements et de la maintenance n'a pu être jouée pleinement ;
- Un plan de suivi évaluation n'a pu être élaboré ;
- Les instances de coordination ne sont pas fonctionnelles et le partenariat autour de la qualité reste insuffisant.

Il est important de souligner que l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et surtout financières a été la contrainte majeure à la mise en œuvre effective du plan.

2.2. La Qualité en regard du système de santé

La qualité se caractérise par de nombreuses dimensions ainsi que par son interaction transversales avec les différentes composantes du système. Son évaluation nécessite de disposer de critères et d'indicateurs objectivement mesurables.

Une tentative d'analyse du niveau de qualité du système de santé doit donc s'appuyer sur une approche combinée analysant la qualité sur la base de ses différentes dimensions en regard des composantes. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des interactions entre les différentes dimensions de la Qualité et les éléments du système de santé.

Dimensions de la qualité	Composante du système de santé
1.Efficacité	1.Gouvernance
2.Sécurité	2.Ressources Humaines
3.Efficience	3.Infrastructures et équipements
4.Accès/équité	4.Prestations de service
5.Réactivité	5.Finances
	6.Communauté

Tableau 1: Dimensions de la qualité et composante du système de santé

1) Efficacité performance

Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, La pertinence est une notion proche couramment intégrée à l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et soient basés sur de solides recommandations médicales.
Elle fait donc appel à

- la compétence professionnelle
- la performance technique des services de santé
- l'efficacité des soins

a. la compétence et les pratiques professionnelles

Elle découle de plusieurs éléments notamment la qualité de la formation de base, l'existence de dispositif d'évaluation de compétence et de formation continue, la disponibilité de référentiels.
Selon l'Enquête Continue sur la qualité des prestations des services 2015 (ECPSS 2015) le niveau de qualification du personnel de santé est très inégal selon le type de structure. L'enquête montre que la moitié des structures disposait de 5 prestataires de type 6 composés de matrones/relais/ASC, 2 prestataires de type 4 composés d'infirmières/sages-femmes et moins d'un prestataire de type 3 composés des techniciens supérieur et de type 1 composés de médecins généralistes et spécialistes. Le niveau de qualification varie de manière décroissant des hôpitaux aux postes de santé.
La carte sanitaire 2016 (MSAS, 2017) confirme l'existence de besoins non couverts en personnels qualifié pour toutes les catégories de structures.

Les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles des acteurs du MSAS ne sont mises en place que dans deux structures sur cinq (54%des hôpitaux et 37% des centres de santé).
Toujours selon l'ECPSS 2015 un peu plus de la moitié des structures (55 %) organisent une formation et une supervision personnelle de routine de leurs prestataires. Ce type de suivi des prestataires est peu fréquent dans les hôpitaux (8 % contre 59 % dans les postes de santé).
Des guides méthodologiques et outils techniques sur les bonnes pratiques de soins ne sont disponibles que dans 43% des points de prestations de soins et services (PPS).

a. La performance technique des services de santé et L'efficacité des soins

Indicateurs	**Niveau**	**Références**
Ratio de mortalité néonatale p.1000 NV	19	
Ratio de mortalité poste néonatale p.1000 NV	14	
Ratio de mortalité infantile p.1000 NV	33	EDS-C/2014
Ratio de mortalité juvénile p.1000 NV	22	
Ratio de mortalité des enfants <5 ans p.1000 NV	54	
Le taux de mortalité maternelle p 100 000 nv	392	EDS-2010-2011
Taux de fertilité (#enfant/femme) :	5.0	
Prévalence contraceptive (méthode moderne) en %	20;3	EDS-C/2014
Besoins non satisfaits en planning familial (19% pour l'espacement des naissances et 6% pour la limitation)	25%	
Prévalence du VIH	0.7%	EDS-2010-11
Prévalence de la malnutrition chronique	19%	
Incidence fièvre (palustre?)	11%	EDS-C/2014
Prévalence de la diarrhée chez les enfants < 5 ans	19%	
Prévalence des infections respiratoires aiguées	3%	

Tableau 2:Profil épidémiologique du Sénégal

Cette performance est essentiellement mesurée par le système d'information sanitaire qui s'appuie sur les données de routines et les enquêtes. Un certain nombre d'indicateurs ciblant les programmes prioritaires sont monitorés à travers ce système. Le tableau ci-dessus donne une idée du niveau de performance du système de santé
Il existe d'autres indicateurs de succès mesurés par les programmes à titre d'exemple le taux de survie à 12 mois des personnes vivant avec le VIH, le taux de guérison de la tuberculose :

Figure 4: taux de succès du traitement de la tuberculose

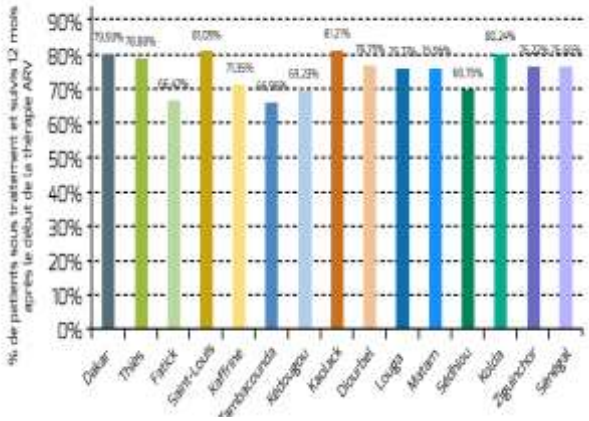


Figure 3: Taux de survie des PVVIH sous ARV

2) Sécurité

Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades et se définit comme la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. Elle est assurée par les programmes d'Hygiène et de sécurité des soins. Au Sénégal c'est le Programme National de Lutte contre les infections nosocomiales (PRONALIN) en collaboration avec le Service National de l'Hygiène qui en assure la responsabilité.

Globalement le taux d'infections nosocomiales est en baisse selon les dernières enquêtes de prévalence (PRONALIN)

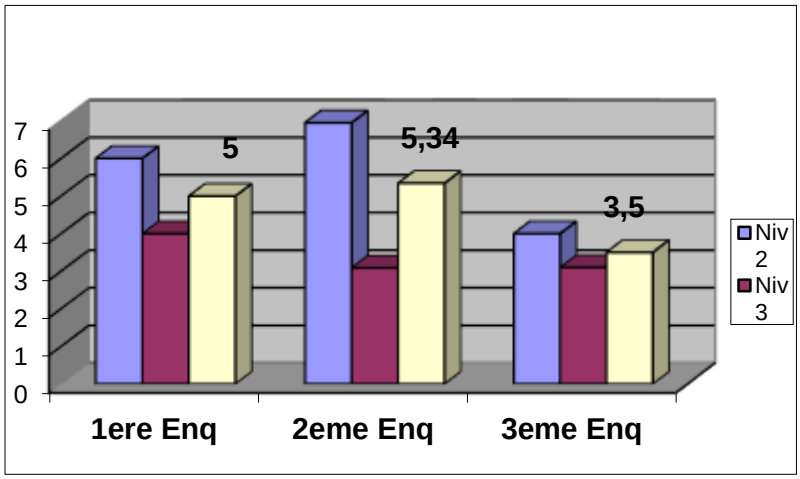


Figure 5; Taux Infections Nosocomiales des 3 Enquêtes

Selon l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS 2015) les éléments qui permettent une hygiène de base pour prévenir les infections étaient disponibles dans la plupart des structures comme de l'eau courante, du savon, ou un lave-mains à base d'alcool (96 %) ou d'un désinfectant/antiseptique (86 %).

La grande majorité des structures (96 %), quelle que soit leur caractéristique, était capable de procéder à l'élimination finale et en toute sécurité, des déchets piquants/coupants/tranchants. Par contre l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux n'est assurée que dans les deux tiers des structures (66 %).

Le stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants a été observé dans environ quatre structures sur cinq (82 %). Par contre, le pourcentage de structures en mesure d'effectuer un stockage approprié des déchets infectieux est nettement plus faible (37 %) soit 15% des centres de santé et moins d'un hôpital sur deux (47 %).

Près de six structures sur dix disposent du matériel et d'équipement de stérilisation (59 %) soit 91 % pour les centres de santé et 87 % des hôpitaux. En outre, près de neuf structures sur dix (89 %). ont rapporté avoir, le jour de l'enquête, les équipements nécessaires pour procéder à la désinfection à haut niveau de certains instruments.

La quasi-totalité des structures de santé ont un équipement soit pour la stérilisation soit pour la désinfection à haut niveau des instruments pour la réutilisation (96 %). Mais seulement 20 % des structures qui possédaient un équipement de stérilisation, disposaient de personnel qui connaissait le temps de traitement et avait une minuterie automatique.

a. Gestion du risque

Selon les constats du PRONALIN la gestion des AES est bien respectée dans la majorité des structures. La majorité du personnel est assez sensibilisée sur les situations à risque et les procédures de prise en charge. Il faut cependant signaler que 28% du personnel des structures ne connaissent pas le médecin référent AES de leur structure.

L'utilisation correcte de la Check-list du bloc opératoire n'est observable que dans 13% des structures disposant de bloc opératoire.

Pour la gestion de l'information et des vigilances sanitaires, les structures de santé sont plus performant au niveau du système de pharmacovigilance (79%), du système de sécurité des injections (72%) du système de recueil, d'analyse et de traitement des évènements indésirables graves(EIG) (64%) que sur les autres domaines.

L'existence de protocole sur la sécurité dans les services d'urgence est faible (13%) il en est de même pour le contrôle de la sécurité incendie et électrique en milieux de soin (32%).

3) Efficience

L'efficience technique correspond à la meilleure utilisation des ressources dans la production, compte tenu de la technologie disponible. Il y a peu d'études mesurant l'efficience du système de santé au Sénégal.

Dans une étude menée sur l'efficience des hôpitaux au Sénégal (MANE, 2012/4 (Vol. 43)), ceux-ci été distingués en trois groupes, à savoir les petits hôpitaux de moins de 200 lits, les hôpitaux moyens entre 200 et 300 lits et les grands hôpitaux de plus de 300 lits. L'étude montre que les petits hôpitaux obtenaient en moyenne plus de 97 % des réalisations possibles compte tenu des ressources, 90% pour les hôpitaux moyens tandis que les grands hôpitaux pouvaient en moyenne améliorer leur niveau d'output de plus de 40 %, compte tenu des ressources utilisées. Le même auteur a étudié (Mané, 2012) la performance de 66 centres de santé au Sénégal dans la période 2007-2010 par la mesure de l'efficience technique. Les résultats montrent que le niveau moyen d'efficience atteint a progressivement augmenté dans la période et était en moyenne de 0,760 soit une possibilité d'amélioration de 24%.

4) Accès/équité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Elle se décline en général en accessibilité géographique et financière voire socio-psychologique. Quant à

L'équité elle se définit comme la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières.
L'accessibilité géographique (demeure un problème pour le système de santé) peut se mesurer par la distance à la structure sanitaire la plus proche ou par la densité de structures selon la carte Sanitaire 2016.

Norme 1 : 10000habitants pour un poste de santé urbain ;
Norme 2 : 5 000habitants pour un poste de santé rural.
Quant aux deux autres catégories de structures, les normes restent :
Norme 3 : 150000habitants pour un centre de santé,
Norme 4 : 300000habitants pour un hôpital régional EPS 2.

Tableau 3: normes d'implantation des infrastructures sanitaires Carte Sanitaire 2016

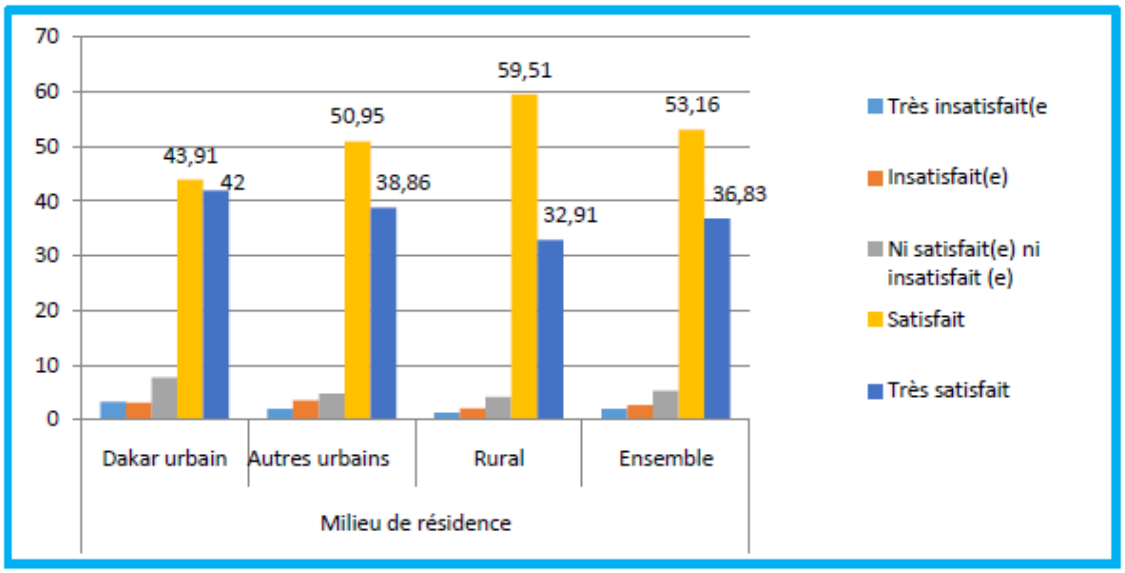
Ces normes sont réajustées en fonction de certains critères tels que l'existence de route, la célébration d'événements spéciaux, l'existence de frontière, l'existence de port ou d'aéroport.
Il ressort de la seconde Enquête Sénégalaise Auprès des ménages (DSP 2004) que l'accès aux services de santé est encore difficile au Sénégal, surtout pour les soins d'urgence. Selon les résultats de l'enquête, seuls 57% des populations sont à moins de 30 mn d'un service de santé. Le taux est à 86,5% à Dakar mais tombe à 41,2% en milieu rural du fait des difficultés de transport.

Selon une étude menée dans la région de Dakar en 2015 (Alphousseyni Ndonky, 2015),il existe non seulement une distribution spatiale très inégale mais également une association spatiale locale forte entre accessibilité à l'offre de soins publique et accessibilité à l'offre de soins privée ainsi qu'une association spatiale locale forte entre accessibilité aux structures de santé et niveau de vie.

L'accès aux ressources humaines et également inégal.

5) La réactivité

Elle renvoie à des notions telles que le respect des patients, **la dignité**, la **confidentialité**, la participation aux choix, le soutien social, **l'information dont le patient dispose** sur sa maladie et la possibilité d'un **choix éclairé**.
Selon une enquête de l'ANSD (ANSD, 2014), Il ressort que globalement plus de la moitié des individus (53,2%) est satisfaite et qu'un peu plus du tiers (36,8%) est très satisfait du traitement reçu au niveau des services de santé. Ainsi, près de 90,0 % de la population sont au moins satisfaits du service reçu auprès des établissements de santé.



Source: L2S 2014, Enquête modulaire 2015, ANSD

Figure 6: taux de satisfaction des usagers selon l'enquête modulaire ANSD 2015

La participation des usagers aux décisions concernant la qualité des soins et services est encore faible. La mise en place de l'Alliance Nationale pour la Sécurité des Patients (ANASEP-. SENEGAL) est encore timide et il n'existe pratiquement aucune sections régionales de cette association. Il existe d'autres associations de patients telles que l'association d'aides au Diabétiques (ASSAD), l'association de soutien aux hémodialysés et insuffisants rénaux (ASHIR) dont la vocation s'articulent autour des défis de prise en charge de ces pathologies spécifiques.

Une des expériences les plus illustratives de l'interaction avec les usagers est la mise en place d'un bureau des usagers au sein de l'hôpital régional de Kaolack. Ce bureau animé par un membre de l'association nationale des consommateurs du Sénégal (ASCOSEN) joue un rôle de médiation entre les usagers et les unités de soins au sein de l'hôpital. Ce bureau anime également des émissions dans les media locaux pour sensibiliser les populations afin de faciliter l'utilisation des services. Par ailleurs, le responsable de ce bureau est membre du conseil d'administration de l'hôpital.

2.3. Les initiatives et expériences Qualité

1) L'approche 5 S- Kaizen - TQM :

L'approche des « **5 S » originaire du japon** a été introduite au Sénégal par la JICA en collaboration avec le MSAS en vue d'une meilleure gestion et management total de la qualité dans les services de santé. Cest une approche d'amélioration de la qualité en trois étapes

Ses principes sont représentés par cinq (5) mots japonais commençant par la lettre «***S*** » à savoir:Seiri , seiton, seisou, seiketsu, shitsuke

Le Kaizen est une démarche de quête **permanente** et **collective** de l'amélioration continue en utilisant au mieux les **outils qualité** à disposition et en gardant toujours à l'esprit le **bon sens commun**

2) Le contrôle de L'assurance qualité

Les approches de contrôle et d'assurance qualité sont essentiellement mise en œuvre par les laboratoires ainsi que dans le cadre du contrôle de la qualité des médicaments.

La Direction des Laboratoires a démarré ses activités sur l'accompagnement qualité des 20 laboratoires sélectionnés depuis le mois d'Août 2014, afin de leur permettre d'élaborer une ébauche de plans d'actions avec comme référence la norme 15189. Après l'audit de 100 laboratoires avec la check List SLIPTA de l'OMS, les laboratoires ont été classés et subdivisés en Division 1 et Division 2 selon leur performance

L'objectif de la Direction des Laboratoires est de faire régner la culture de la qualité, en vue d'un accompagnement rapproché. La démarche qualité s'appuie également sur un manuel de procédures des techniques de laboratoires d'analyses médicales.

Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments créé par décret n° 2004-1404, du 4 novembre 2004, a pour mission d'assurer le contrôle technique des médicaments en collaboration avec la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL). Un Manuel Qualité et un Manuel de Procédures ont été élaboré. La démarche qualité s'appuie sur le respect des principes de bonnes Pratiques des Laboratoires et sur une accréditation pour le contrôle de qualité des médicaments chimiques humains et vétérinaires.

A l'instar des laboratoires des normes et protocoles de service ont été développés par certains programmes notamment les programmes prioritaires du MSAS à savoir la santé de la reproduction, le VIH Sida et le paludisme

3) Le Tutorat plus

Le tutorat est une méthode de formation développée pour le lieu de travail qui peut être facilement adaptée aux besoins soins et services des prestataires. La formation est encadrée par un professionnel de la santé expérimenté issu du même district, également connu sous le nom de tuteur, qui est préparé à dispenser une formation et un coaching interactifs et personnalisés aux prestataires de services et au personnel d'appui, notamment les matrones et les employés de pharmacie.

Le tutorat a été déployé dans 144 établissements sanitaires, les résultats montrent une augmentation ou une amélioration des connaissances, de la performance, de l'organisation des services en place et de l'intégration de nouveaux personnels, ainsi que de la disponibilité des fournitures et de l'équipement

4) L'Outil de Renforcement des Capacités par Auto-analyse Participative (ORCAP)

L'ORCAP est un outil d'analyse de la capacité et des besoins des structures sanitaires autour des six domaines de prestation de service (DPS), eux-mêmes sous-divisés en composantes. La performance de chaque composante est définie par des standards. La compilation des points pour tous les standards permet le calcul d'un pourcentage qui reflète le niveau de performance du système de santé pour chaque composante.

L'ORCAP a été introduits dans les régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor et est perçu comme un outil innovant en complément d'une approche traditionnelle de supervision. Il procure un espace d'échange institutionnel qui est perçu comme légitime par les répondants.

5) Le Collaboratif

Le modèle Collaboratif d'amélioration (aussi appelé le « Collaboratif ») a été conçu pour gérer un effort structuré d'amélioration à grande échelle qui implique de nombreuses unités de prestations de soins visant à atteindre le même résultat dans une population bien définie. Sur une période de 1 à 2 ans, selon la taille et la complexité du projet, un Collaboratif accélère l'extension et la pérennité des améliorations dans un système de soins et de services. Ce modèle innovant est développé par le "Institute for HealthcareImprovement". Le modèle collaboratif a été appliqué au Sénégal à la prise en charge de la tuberculose et du VIH et a permis d'introduire des changements significatifs dans les normes et procédure de gestion de ces pathologies.

6) Le Financement basé sur les résultats (FBR)

Le Financement Base sur Le Résultat(FBR) a fait l'objet d'une phase pilote dans deux districts sanitaires en 2012 avant d'être étendu à six régions en 2014.

Le bonus octroyé aux bénéficiaires est basé sur la performance. Les résultats obtenus sont toujours évalués au plan quantitatif et au plan qualitatif. Un score qualité estimé sur la base d'un check List est un déflecteur et détermine en fin de compte le montant dû. Par ailleurs, l'expérience prouve que 25% réservés aux districts sont habituellement utilisés par les services pour développer le score qualité et augmenter le niveau du bonus.

Chapitre II: Cadre stratégique

1. Vision, Mission, Valeurs et principes du PNQ

4.1. Vision

Un Sénégal où toute la population bénéficie de soins et services de santé de qualité répondant à leurs besoins réels.

4.2. Missions

Les missions du PNQ sont définies par l'arrêté le créant il s'agit :

- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Apporter un soutien technique aux structures sanitaires pour l'application des mesures d'hygiène ;
- Participer à l'élaboration des cahiers de charge pour la bonne réalisation de toutes les activités dans les structures de santé et veiller à leur respect et application ;
- Veiller à ce que les fonctions de soutien et d'appui (approvisionnement, infrastructures, équipements, environnement, personnel, communication…) s'effectuent selon des normes pour assurer la qualité et la sécurité des prestations ;
- Organiser la prévention et contrôle des luttes contre les infections et incidents associés aux soins
- Définir un mécanisme d'élaboration, d'adaptation, de communication et de révision régulière des référentiels (PNP);
- Organiser les activités en relation avec la sécurité du travail ;
- Mettre en place un système continu de monitoring et de compte rendu des activités de soins et services et de gestion du programme

4.3. Valeurs et Principes

- L'Éthique qui consiste à veiller au respect de l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients
- L'Équité qui pour souci de renforcer l'égalité et l'accessibilité aux soins et services de qualité mais aussi de juste traitement.
- L'Humanisme qui met l'Homme au centre des preoccupations
- Le Leadership qui vise a construire une gouvernance solide et un mécanisme de responsabilisation efficace, notamment à l'échelle nationale et régionale.
- La Mesure qui met l'accent sur la necessité de disposer de données qualitatives et quantitatives fiables pour la prise de décision

2. But et Objectifs stratégiques

5.1. But

Contribuer à l'amélioration continue de la performance du système de santé à travers une démarche qualité

5.2. Objectifs stratégiques

Objectif Stratégique 1 : Assurer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux

Objectif Stratégique 2 : Améliorer l'hygiène, et la sécurité des soins et services à tous les Niveaux

Objectif Stratégique3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales à tous les niveaux

Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme

Contribuer à l'amélioration continue de la performance du système de santé à travers une démarche qualité coordonnée

Assurer la normalisation du système de santé et de l'Action Sociale à tous les niveaux

- Élaborer une politique nationale qualité du MSAS
- Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS
- Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures

Améliorer l'hygiène, et la sécurité des soins à tous les niveaux

- Prévention des infections associées aux soins
- Prévention et prise en charge des accidents dans les structures de soins
- Amélioration de la gestion des déchets biomédicaux
- Réduction de la fréquence d'acquisition des bactéries multi résistantes dans les structures de soins.

Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales à tous les niveaux

- Renforcement des compétences
- Promotion Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité
- Promouvoir la pratique des audits cliniques
- Promotion Capitalisation de la recherche en matière

Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme

- Mise à jour du cadre institutionnel
- Renforcement de la capacité institutionnelle
- Renforcement de la communication
- Amélioration du système de suivi évaluation
- Mise en place d'une coordination qualité
- Renforcement du partenariat

3. Interventions

6.1. Objectif Stratégique 1 : Assurer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux

IL s'agira de promouvoir l'élaboration et le respect par toutes les structures du MSAS de documents de normes et protocoles qui constitueront la base de la gestion et des pratiques professionnelles au sein du ministère. Ceci devrait contribuer à une meilleure efficacité et efficience dans la mise en œuvre de la politique de santé

1) Interventions clés

- Élaborer une politique nationale qualité du MSAS
- Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS
- Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures

2) Description

La politique nationale qualité du MSAS contiendra un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base visant les décisions et les actions à long terme. Le MSAS définira ainsi un cadre propice de référence où l'amélioration de la qualité des soins et services de santé au Sénégal trouvera une réponse efficace, efficiente et durable.

La mise en place d'une base de données sur la normalisation au sein du MSAS permettra au PNQ de disposer d'une situation sur le nombre de structures du ministère disposant de manuel de procédure ou de politique normes et procédures ainsi que sur leur planification quant à la mise à jour régulière de ces documents. Cela permettra une planification plus rationnelle de l'appui du PNQ.

L'appui technique du PNQ sera planifié annuellement lors de l'élaboration des PTA. Les structures ou programmes ayant besoin de cet appui technique seront identifiés à l'aide de la base de données sur la normalisation ce qui permettra au PNQ de veiller à l'inscription de l'élaboration ou de la mise à jour de PNP par ces structures et d'apporter l'appui technique adéquat.

6.2. Objectif Stratégique 2 : Améliorer l'hygiène, la sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux

Malgré les efforts déjà consenti à travers le PRONALIN, l'hygiène et de sécurité au sein du système de santé est loin d'être satisfaisant. Il convient de renforcer les interventions menées dans le cadre de la prévention des infections nosocomiale, la prévention des risques lies aux soins et assurer une gestion optimale des déchets biomédicaux respectueuse de l'environnement.

1) Interventions clés

- Prévention et contrôle des Infections Associées aux Soins (IAS)
- La gestion des risques
- la gestion des déchets biomédicaux

2) Description

La Prévention et le contrôle des Infections Associées aux Soins (IAS) s'appuieront sur la redynamisation des CLIN et CHSCT ainsi que sur le développement de l'hygiène de base notamment l'Hygiène des mains :

- L'Entretien rationnel des locaux de soins,
- le traitement des dispositifs médicaux à usage multiple.
- La désinfection.
- La stérilisation

La gestion des risques s'appuiera sur la construction d'un système de gestion des événements indésirables au niveau du secteur de la santé (services centraux, services déconcentrés et structures de soins). La gestion des risques professionnels sera de mise (mesures de sécurité standard, stress etc. …) Dans les structures de soins, il s'agira de renforcer les vigilances sanitaires et la gestion des risques iatrogènes. Ce système qui couvrira entre autres les différents champs de la pharmacovigilance de l'hémovigilance ; de la matériovigilance, de l'infectiovigilances de a toxicovigilance, devra être coordonné

La gestion des déchets biomédicaux s'appuie sur une politique d'hygiène de gestion des déchets bio médicaux avec pour axes prioritaires, une réglementation adéquate, des ressources humaines qualifiées, des moyens, matériels et financiers suffisants.
Des mesures seront prises pour le respect de la réglementation. Les personnels seront formés et supervisés sur la gestion des déchets. Un effort considérable sera fait pour équiper les structures de soins selon les normes en vigueur en matière de gestion des déchets.

6.3. Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales

IL existe déjà de nombreuses initiatives mise en œuvre pour améliorer la qualité des prestations dans les services de santé. Toutefois celles-ci ne sont le plus souvent pas capitalisées ni institutionnalisées au sein du système de santé. Le rôle du PNQ sera de recenser et de documenter l'ensemble de ces initiatives, d'en évaluer la faisabilité par le système de santé et d'en élaborer les guides nationaux de mise en œuvre en vue de leur vulgarisation. Par ailleurs l'amélioration de la qualité perçue par les usagers du système sera également une priorité de cet objectif.

1) Interventions clés

- Renforcement des compétences
- Promotion Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité
- Renforcement de la communication
- La promotion de la pratique des audits cliniques
- Promotion de la participation des usagers à l'amélioration

2) Description

Le renforcement des capacités concernera la formation en qualité à l'intention des acteurs du MSAS afin de disposer d'une masse critique de prestataires formés sur les concepts et approche d'amélioration de la qualité des soins et services. Il s'agira également de promouvoir la formation d'au moins un qualiticien par région notamment au sein des hôpitaux régionaux qui joueront le rôle de point focal qualité régional. Un plaidoyer sera également mené pour l'intégration du management de la qualité dans les curricula des écoles de formation en santé.

La Promotion de Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité passera par l'Appui à la mise en œuvre et à la documentation des expériences pilotes (REX : retour d'expériences), à l'Instauration d'un système de reconnaissance et à la vulgarisation des expériences réussies.

La pratique des audits cliniques. Il s'agit d'une approche d'évaluation des pratiques professionnelles qui consiste en une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Le Renforcement de la communication consistera en l'organisation d'événements annuels de grande envergure tels que la journée mondiale de l'hygiène des mains ; l'appui à l'organisation des journées régionales et d'une journée nationale qualité. Par ailleurs un plan de communication sera élaboré.

La Promotion de la participation des usagers à l'amélioration de la qualité de services se fera autour de trois modalités à savoir l'évaluation de la satisfaction des usagers, la gestion des plaintes, et la présence au sein des conseils d'administration des hôpitaux.

6.4. Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme

Pour mener à bien ses missions d'appui, de veille de normalisation, le Programme National Qualité doit disposer des prérogatives institutionnelles adéquates afin de pouvoir interagir avec les différentes entités du MSAS. Il convient donc de lui conférer un statut et un ancrage appropriés. Par ailleurs, il s'avère opportun d'intégrer les activités d'hygiène et de sécurité hospitalières jusqu'à présent menées par le PRONALIN et qui entrent par nature dans la qualité des soins et services.

1) Interventions clés

- Mise à jour du cadre institutionnel
- Renforcement de la capacité institutionnelle
- Amélioration du système de suivi évaluation
- Mise en place d'une coordination qualité du secteur de la santé
- Renforcement du partenariat

2) Description

- **La Révision du cadre institutionnel** qui consistera à renforcer les prérogatives de l'entité de gestion de la qualité et de la sécurité des soins et services au sein du MSAS en intégrant formellement le PRONALIN et le PNQ qui deviendra le Programme National Intégré de la Qualité en Santé (PNIQS). Par ailleurs pour mener à bien ses missions d'appui, de veille de normalisation, le Programme National Qualité s'appuiera également sur un Comité National Qualité et Sécurité ses soins ainsi que sur des comités régionaux et départementaux.

- **Le Renforcement de la capacité institutionnelle** passe par la dotation du Programme en Ressources Humaines de qualité capable d'assister la coordination dans la conduite des missions. Par ailleurs il sera impératif de doter le programme de locaux appropriés, d'équipements et surtout d'une logistique suffisante. Ce renforcement institutionnel passe également par un plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des partenaires afin que le programme dispose de ressources financières en rapport avec ses missions.

- **Le Renforcement du système de suivi évaluation** consistera à élaborer un plan de suivi évaluation et à le mettre en œuvre, renforcer les capacités des acteurs responsables du suivi/évaluation du programme à travers des formations et des voyage d'étude. Le plan de suivi

évaluation sera documenté et diffusé et un plan de supervisions semestrielles des activités du programme sera mise en œuvre.

- **Le renforcement du partenariat.** Il s'agira de mettre en place un cadre de partenariat avec d'autres secteurs en s'appuyant sur la plateforme de partenariat multisectorielle mise en place au sein du MSAS.

4. Cadre Logique

BUT Contribuer à l'amélioration continue de la performance du système de santé à travers une démarche qualité coordonnée

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Objectif Stratégique 1 : Renforcer la normalisation du système de santé et de l'action sociale à tous les niveaux					
Assurer la normalisation du système de santé et de l'Action Sociale à tous les niveaux	Élaboration d'une politique nationale qualité du MSAS	Les structures du MSAS sont parties prenantes et adhérent à la politique nationale de la qualité et sécurité des soins et services	Organiser un atelier de plaidoyer sur la qualité au sein du MSAS Élaborer un document de politique nationale qualité Organiser un atelier de validation de la politique nationale qualité Valider la politique nationale qualité par le MSAS	Politique nationale qualité et sécurité des soins et services disponible	Rapports d'ateliers

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS	Le PNQ dispose de l'information sur la disponibilité des documents de politique normes et protocole et manuel de procédure et de leur niveau de mise à jour	Réaliser une analyse situationnelle des services de santé en matière de qualité Élaborer une base de données sur les PNP	Base de données sur les manuels de procédures et documents de normes et procédures est disponible Plan annuel d'appui à la révision des PNP disponible	Rapport d'enquête
	Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures	Le PNQ est apte à planifier son appui aux structures du MSAS sur la base de plan annuel intégré aux PTA	Élaborer un plan d'appui d'élaboration et de révision des PNP du MSAS	Rapport annuel d'appui technique Plan annuel d'appui à la révision des PNP disponible	Rapports d'ateliers

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Objectif Stratégique 2 : Améliorer le niveau d'hygiène, de sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux					
Améliorer l'hygiène, et la sécurité des soins et services à tous les niveaux	Promouvoir L'hygiène des mains	Les conditions matérielles pour un bon respect du lavage des mains sont adéquates dans tous les points de prestation de service	Installer des points d'eau Approvisionner de façon régulière les structures de consommables Mettre en place des unités de fabrication de SHA dans les hôpitaux	Nombre de personnels formés sur le nombre prévu (exemple 80%) Nombre de points d'eau disposant d'affiches sur nombre de points d'eau prévu exemple100%)	Rapport de formation Factures Bordereaux
		Les personnels de santé appliquent les techniques du lavage des mains	former le personnel de santé en hygiène des mains Afficher les techniques de lavage des mains	proportions de prestataires respectant le lavage des mains systématique	Rapport de formation

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Améliorer l'hygiène hospitalière à travers un bio nettoyage de qualité	Les structures de soins et services assurent le bio nettoyage de leurs locaux selon les normes réglementaire	Élaborer un cahier de charge modèle pour le bio nettoyage des locaux Veiller à la formation systématique des personnels chargés du bio nettoyage par les structures de santé Assurer le suivi du cahier des charges	Proportion des structures assurant le bio nettoyage de leurs locaux selon les normes Disponibilité d'un cahier de charges	Factures Rapport de formation
	Améliorer la qualité de la stérilisation au niveau des formations sanitaire	Les formations sanitaires ont mis en place une unité centralisée de stérilisation et les normes de stérilisation sont respectées	Appuyer les hôpitaux à se doter d'unité centrale de stérilisation Appuyer les CS à se doter d'un autoclave	Proportions de structures sanitaires respectant les normes de stérilisation	Factures Bordereaux

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
		Surveillance et recherche opérationnelle renforcées :	- Appuyer les enquêtes locales d'incidence sur les IAS (SE) - Organiser l'enquête nationale de prévalence des IAS (SE) - Assurer la surveillance de la Résistance aux Antimicrobiens (RAM) - Assurer la surveillance des AES	Nombre de recherches opérationnelles effectuées sur prévues	Rapports d'enquêtes
Améliorer la gestion des déchets biomédicaux	Renforcer les capacités des acteurs	Les acteurs améliorent les pratiques G DBM au niveau des PPS	- Former les formateurs en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs - Former les agents d'exécution en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs	Pourcentage de personnels chargé de la GDBM formés	Rapports de formation

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Renforcer le cadre institutionnel de la GDBM	Les acteurs des différents secteurs sont impliqués dans la GDBM	- Mettre en place un Comité National de coordination de la GDBM	arrêté de création du Comité disponible	Procès-verbal de réunions
	Promouvoir la gestion durable des déchets biomédicaux auprès de tous les acteurs de la filière	Tous les acteurs sont sensibilisés à l'importance de la GDBM	- Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour une gestion durable des DBM	Nombre de conseils départementaux et municipaux sensibilisées	Procès-verbal de réunions

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Gestion des risques	renforcer la gouvernance de la gestion du risque à tous les niveaux du système	La gestion des risques associés aux soins est institutionnalisée au sein du système de santé	- Faire le référentiel des risques - Effectuer la cartographie des risques - mettre en place des structures pour le pilotage, la coordination et le traitement des risques - Développer la culture de sécurité des soins et services et les pratiques de management associées - Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats	Référentiel disponible cartographie et plan d'action disponible structures de pilotage fonctionnel	Rapports Procès-verbal de réunion

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales					
Renforcer les capacités en matière de qualité et de sécurité des soins et services	Formation continue des acteurs du MSAS	Les ressources humaines du MSAS sont formées dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins et services	- Organiser xx ateliers de formation en qualité et sécurité des soins et services au profit des acteurs du MSAS a tous les niveaux	Proportions d'acteurs du MSAS formé en qualité et sécurité des soins et services	Rapports de formation
	Intégration de modules de formation sur la qualité et la sécurité des soins et services dans les curricula des écoles de formation en santé et universités	Les sortants des écoles et facultés de formation en santé sont formés en matière de qualité et sécurité des soins et services	- Plaidoyer auprès des facultés et écoles de santé pour l'intégration de la qualité et la sécurité des soins et services	Proportion des écoles et facultés de formation en santé ayant intégré la qualité et la sécurité des soins et services dans leur programme	Procès-verbal de réunions
	Promotion de la formation diplomante en Qualité et sécurité des soins et services	Xxx structure de santé dispose d'un agent diplômé en qualité et sécurité des soins et services	- Octroyer 8 bourses de formation diplomante	Pourcentage d'agents ayant bénéfice de bourses de formation en qualité et sécurité des soins et services	Enquêtes

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Participation aux rencontres scientifiques nationales et internationales	15 Agents ont participé à des rencontres internationales sur la qualité l'hygiène et la sécurité des soins	- Assurer annuellement la prise en charge de 3 participants à des conférences internationales sur la qualité l'hygiène et la sécurité des soins	Pourcentage d'agent ayant bénéficié de la prise en charge	Rapports de mission
Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles au sein des programmes	Promotion de la pratique des audits cliniques dans les structures de santé	Les domaines de soins et services prioritaires adoptent la pratique des audits cliniques pour améliorer leur performance	- Mise en place d'un groupe de travail audit clinique - Élaborer et mettre en œuvre un plan pluri annuel d'audits cliniques sur les thèmes prioritaires - Évaluer le plan d'audit clinique	Circulaire de mise en place du groupe de travail Plan d'audit Nombre d'audits réalisés sur nombre prévus	Procès-verbal de réunion Rapports d'atelier Rapport d'audit

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Promouvoir la Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité	Documentation et publication des expériences réussies en matière de qualité	Le PNQ dispose d'une banque d'approche qualité codifiée utilisables par les acteurs et programmes de santé	- Mener une revue des expériences qualité menées au sein du système de santé (5S KAIZEN- TQM, TUTORAT, FBR, CHANGER 2, ETC …) - Mettre à l'échelle les expériences réussies	Rapport de revue disponible note circulaire sur la mise à l'échelle des expériences qualité réussies Nombre de structures ayant mis en œuvre les approches	Rapports Enquêtes

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Améliorer la communication	Communication pour un changement de comportements ciblant les acteurs du MSAS et les usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et services	Les acteurs du MSAS et les usagers ont un meilleur comportement vis à vis de la qualité et de la sécurité des soins et services	- Élaborer un plan de communication sur la qualité et la sécurité des soins et services - Produire des supports de communications - Mettre en œuvre le plan de communication - Plaidoyer pour un partenariat avec l'éducation nationale	Existence du plan de communication validé Existence de supports de communication validés Pourcentage de séances de communication effectuées proportion d'acteurs du MSAS ayant un comportement favorable à la qualité et à la sécurité des soins et services proportion d'usagers ayant un comportement favorable à la qualité et à la sécurité des soins et services	Rapports d'atelier Bordereaux Enquêtes
	Célébration des journées mondiales et nationales relatives à la qualité	les journées mondiales et nationales en matière de qualité et sécurité des soins et services sont célébrées	- organiser la journée Mondiale hygiène des mains - Organiser la journée nationale et régionale de la qualité	Nombre de journées mondiales organisées	Rapports

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Implication du secteur de l'éducation nationale	Les enseignants et les élèves du primaire, moyen, secondaire sont sensibilisés par rapport à l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets	- Atelier de plaidoyer pour un partenariat avec l'éducation nationale	Proportion de direction du ministère de l'éducation nationale ayant participé au plaidoyer	Rapport d'atelier
	Mettre en place un système de reconnaissance et de motivation en rapport avec la qualité	Une émulation des structures de santé est suscitée vis-à-vis de la qualité	- Organiser des cérémonies de reconnaissances qualité	Nombre de structures ayant été primées pour la qualité	Rapports

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Promouvoir l'implication des usagers à l'amélioration de la qualité de services	Participation des usagers à la mise en œuvre de la démarche qualité	Les usagers participent à la gestion de la qualité au sein des structures	- Mettre en place un cadre de concertation avec les usagers sur la qualité - Former dans chaque structure30 représentants des usagers sur la démarche 5S - Organiser xx séances de sensibilisation sur l'approche5S - Organiser des séances d'application des 5S avec les usagers	Existence d'un cadre de concertation fonctionnel Nombre de séances organisées	Procès-verbal de réunion Rapports de formation Bordereaux
			- Intégrer l'évaluation de la satisfaction des clients au sein des enquêtes continues de prestation de services	Niveau de satisfaction régulièrement mesuré à l'échelle nationale	Rapport d'enquête

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme					
Renforcer le cadre institutionnel du système de management de la qualité du MSAS	Mettre en place un Programme National Intégré de la Qualité	Le système de management de la qualité du MSAS est géré par une entité administrative disposant de prérogatives adéquates vis-à-vis des missions	- Élaborer les textes juridiques mettant en place le Programme National Intégré de la Qualité du MSAS	le décret portant création duProgramme National Intégré de la Qualité du MSAS est approuvé et disponible	Procès-verbal de réunion
Le Renforcement de la capacité opérationnelle	Doter le ProgrammeNational Intégré de la Qualité de Ressources humaines en adéquation avec ses missions	la Programme National Intégré de la Qualité dispose des capacités techniques en rapport avec ses missions	- Recruter - 1médecins / dentistes 1 Pharmaciens - 2techniciens supérieurs en hygiène - 1épidémiologiste - 1biostatisticien - 4personnels de soutien - 1 qualiticien	Nombre d'agents mis à la disposition du PNQ	

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Doter le PNQ des équipements et de la logistique en rapport avec les missions	Le PNQ dispose de conditions de travail adéquat en regard de ses missions	- A définir	Nombre d'équipement acquis	Factures Bordereaux
	Doter les PNQ de locaux Adéquats		- A définir		Factures Bordereaux
La Mise en place d'une coordination qualité	Mettre en place d'une plateforme multisectorielle de gestion de la qualité au niveau national et régional	Les activités de qualité et de sécurité de soins et services sont coordonnées au niveau national et régional	Mettre en place un Comité national ainsi que des comités régionaux et départementaux de la Qualité et de la sécurité des soins et services	Nombre de comités mise en place Nombre de réunions tenues	Procès-verbal de réunions

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
Renforcer le système de suivi évaluation	Mettre en place un système de collecte de compilation et d'analyse des données	Les données relatives aux activités de qualité sont collectées analysées	• Atelier de révision du cadre logique et d'adoption des indicateurs et du plan de suivi évaluation • Atelier d'élaboration des outils de collecte physiques et électroniques des données • Intègre les nouveaux outils dans le DHIS2 • Imprimer les supports et outils de collectes et de gestion des données • Organiser 14 ateliers régionaux de formation pour les gestionnaires de données de district, des hôpitaux et des régions et autres acteurs régionaux aux outils et logiciels de traitement et d'analyse des données dans les régions par axe	• Plan de suivi évaluation révisé • Maquette physique et électronique des outils de collecte et de gestion des données disponibles • Support disponibles	• Rapport d'atelier • Factures et bordereaux de livraison • Rapport de formation

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Contrôle de qualité des données	Le PNQ s'assure de la qualité des données	• Organiser 2 missions trimestrielles d'audit des données au niveau des districts et hôpitaux.	• Proportion de données complètes et exactes	• Rapport d'audit
	Assurer la planification le suivi et le reportage des interventions	Les activités du PNQ font l'objet d'une planification et d'un reportage selon les normes du MSAS	• Faire une planification annuelle des activités dans le cadre de la l'élaboration des PTA • Assurer une supervision semestrielle du niveau central vers le niveau régional • Organiser deux revues semestrielles des données et des activités de dépistage et de prise en charge	• Plan annuel des activités disponibles • Nombre de supervisons réalises • Nombre de revues organisées	• Rapport d'atelier • Rapports de supervision • Rapport de revue
	Mettre en place un système de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	Le PNQ Dispose d'un plan de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	Élaborer un Plan global de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	Plan disponible	Rapports d'atelier

OBJECTIFS	STRATEGIES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Moyens de vérification
	Réaliser les Enquêtes de surveillances de la Qualité	Des données sur le niveau de qualité et sécurité des soins et services sont disponibles	• Réaliser l'enquête de prévalence des infections nosocomiales • Réaliser une enquête tous les deux ans sur la satisfaction des usagers	• Nombre d'enquêtes réalisés sur nombre prévu	• Rapportsd'enquête
	Évaluation de la satisfaction des clients	La perception de la qualité de la part des usagers est régulièrement mesurée	Promouvoir la pratique d'enquête de satisfaction par les formations sanitaires	Pourcentage de formations sanitaires pratiquant des enquêtes de satisfaction	Rapports d'enquête

Chapitre III: Cadre de mise en œuvre

1. Cadre Institutionnel et mécanismes de coordination

Afin de pouvoir mener a bien ses missions sur l'ensemble du système de santé et de pouvoir gérer les différentes dimensions de la Qualité Le Programme National Qualité (PNQ) devra s'appuyer sur un dispositif institutionnel tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. La prévention et le contrôle des infections liées aux soins devront être intégrés à la gestion de la qualité dans une approche globale et holistique de la Qualité. Ainsi, le PRONALIN sera formellement intégré au PNQ en un **Programme National Intégré de la Qualité en Santé (PNIQS**). Ce dernier, sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé et de l'Action Sociale (DGAS) comprendra :

4. Le Comité National Qualité et Sécurité des Soins et Services ;
5. Les Comités Régionaux et Départementaux Qualité et Sécurité des Soins et Services ;
6. L'Unité de gestion et de coordination au niveau central.

1.1. Le Comité National Qualité et Sécurité des soins et services (CNQSS)

Le CNQSS constituera un cadre large de concertation multidisciplinaire et multisectoriel entre tous les acteurs intervenant directement ou indirectement dans les domaines de la normalisation, de l'hygiène hospitalière et de la gestion des déchets, est chargé d'assurer le suivi de la bonne mise en œuvre du plan stratégique. Le CNQSS sera créé par arrêté ministériel et comprendra des sous commissions à savoir :

- La sous commission normalisation (Point focal : Association Sénégalaisede Normalisation) ;
- La sous commissionhygiène et sécurité des soins (Point Focal : Service National de l'Hygiène) ;
- La sous commission gestion des déchets biomédicaux (Point focal : Ministère de l'environnement) ;
- La sous commission laboratoire (Point focal: Réseau National des Laboratoires) ;
- La sous commission audit clinique (Point focal : Direction de la Lutte contre la Maladie)
- La sous commissionAdministration et logistique (Point focal : DAGE) ;
- La sous commission des usagers (Point Focal ANASEP).

Les sous commissions définiront leurs termes de référence et se réuniront au moins une fois par trimestre pour discuter de la mise en œuvre des interventions relevant de leur domaine de compétences et identifier les questions, problèmes ou solutions qui devront être discutées par le CNQSS.
Seront également membres du CQNSS des points focaux qualité désignés par chaque direction et programme du MSAS.
Le secrétariat du CNQSS, sera assuré par l'Unité de Gestion et de Coordination du PNIQS qui veillera à ce que les organisations membres du CNQSS soient étroitement associées à toutes les étapes de l'exécution du plan d'action découlant du plan stratégique.

Le CNQSS se réunira deux fois dans l'année soit une fois pour évaluer et adopter le plan d'action annuel qui sera préparé et soumis par l'unité de gestion et de coordination, et pour un suivi a mis parcours de ce plan annuel. Le CNQSS assurera également le plaidoyer auprès des autres ministères,

du Parlement, des collectivités locales et des partenaires au développement pour la résolution des problèmes et obstacles pouvant altérer la bonne exécutiondes interventions de même que pour un renforcement du soutien technique et financier du PNIQS.
Les Collectivités Locales, les partenaires techniques et financiers, les ONGs, le secteur privé seront impliqués dans le processus de mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des lignes d'actions préconisées. Leurs appuis techniques et financiers seront requis à toutes les étapes du déroulement du plan stratégique.

1.2. Les Comité Régionaux et Départementaux Qualité et Sécurité des soins et services (CRQSS et CDQSS),

Les Comités régionaux et départementaux de la Qualité et sécurité des soins et services seront également mis en place sous l'égide des gouverneurs de régions et des préfets impliquant les services régionaux ainsi que les collectivités locales afin d'assurer un suivi de proximité de la qualité et de la sécurité des soins et services au niveau régional.

Le tableau ci-dessous décrit la composition des comités régionaux et départementaux (à titre indicatif).

Comité Régional	**Comité Départemental**
• Gouverneur de Région • Médecin Chef de Région • Médecins Chef des Districts • Représentant Régional ASN • Service Régional de l'Hygiène • Service Régional de l'Environnement • Laboratoire Régional • Coordonateur du CLIN • Représentant régional ANASEP • Représentant collectivités locales	• Préfet du Département • Médecin Chef de District • Coordonateur CHSCT • Service Départemental Hygiène ou District • Service départemental de l'environnement • Responsable Laboratoire de District • Représentant départemental ANASEP • Représentant collectivités locales

Les comités régionaux et départementaux se réunissent également deux fois par an dont une fois au cours d'un comité régional/départemental de développement pour faire le bilan des activités réalisées et proposer les plans d'action annuel.

1.3.L'Unité de Gestion et de Coordination du PNIQS

Elle assure l'exécution technique et opérationnelle du Plan Stratégique sous le contrôle et le suivi du CNQSS. Elle élabore et soumet un plan d'action annuel ainsi qu'un rapport annuel d'activité à l'approbation du CNQSS.
Elle est dirigée par un(e) Coordinateur (trice) et comprend quatre (4) bureaux (Voir Organigramme en annexe).

1. Le Bureau Contrôle et Suivi de la Normalisation

Il est chargé entre autre de :

- l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre despolitiques, normes et protocoles dans le domaine de la qualité et sécurité des soins et services. Il est aussi chargé de la révision du PNIQ
- Du suivi du niveau de conformité des laboratoires
- De la mise en œuvre des expériences qualité ainsi que des audits cliniques
- De suivi de la normalisation des services administratifs, des équipements et de la logistique.

2. Le Bureau Formation et Communication

Ce bureau est chargé de

- La conception, de l'élaboration, de l'exécution et du suivi des plans et guides de formation. A ce titre des plans de formation annuelles devront être rédiges et réactualisés de façon permanentes. Il tiendra également à jour une base de données des personnels formés en qualité et sécurité des services.
- Le suivi de la mise en œuvre du plan de communication et de toutes les activités y afférent notamment les événementsspéciaux tels que les journées mondiales
- Des interventions concernant l'implication des usagers et des enquêtes de satisfaction en relation avec le bureau suivi évaluation.

3. Le Bureau Prévention

Il doit assurer le suivi des activitésde prévention des infections associées aux soins notamment

- Les activités d'hygiènehospitalières
- L'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux
- L'organisation de la gestion et de la prévention des risques en milieux de soins.

4. Le Bureau Suivi Évaluation et Recherche

Il est chargé de :

- L'élaboration et de la mise en œuvre du plan de suivi évaluation du Plan stratégique
- La conception des protocoles et de la mise en œuvre des enquêtes
- L'organisation de l'évaluation à mi parcours et de l'évaluation finale.
- L'élaboration des plans annuels et des rapports

2. Plan de mise en œuvre

Le plan stratégique du PNIQS est complété d'un plan d'action budgétisé (Annexe 2) dans lequel sont recensées et planifiés les différentes activités liées aux interventions permettant de réaliser les objectifs stratégiques. Le plan d'action est accompagné d'un cadre de performance (Annexe 4) qui permet de mesurer les avancées dans la réalisation des objectifs du plan stratégique.

Pour l'opérationnalisation du plan stratégique, le PNIQS préparera chaque année un plan de travail annuel détaillé qui sera validé selon les procédures en vigueur dans le cadre des plans de travail annuels (PTA) ainsi que par le CNQSS. Les directions ; les programmes ainsi que les services déconcentrés concernés, veilleront à la prise en compte du plan du travail annuel du PNIQ dans les plans d'investissement des EPS, dans les PTA et les POCL des collectivités locales spécialement pour la question de la gestion des déchets biomédicaux.

3. Mécanismes de Suivi/Évaluation

Un mécanisme de suivi-évaluation sera mis en place en vue de s'assurer de la cohérence dans la mise en œuvre effective des stratégies et interventions inscrites dans le plan stratégique du PNIQ et du bon suivi des performances.

Le cadre de performance servira de document cadre dans la dynamique du PNIQ afin de mettre en place un système de gestion axée sur les résultats. Ce cadre de performance va définir les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. A chaque niveau, les cibles seront données par année, et en ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déclinées dans les plans de mise en œuvre. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance sera un élément contractuel entre le PNIQ et les partenaires impliqués dans le financement du plan stratégique.

Le manuel de suivi évaluation servira de cadre de référence pour les procédures de collecte, validation et consolidation des données. Il répertoriera aussi les outils à utiliser et les procédures à mettre en place pour le contrôle de la qualité des données. Pour faciliter le travail et assurer la sécurité de l'information utile à la planification et à la prise de décisions, le PNIQ mettra en place un système informatisé pour la gestion des données.

3.1. Le Suivi

Le suivi se fera essentiellement à deux niveaux :

- PNIQ : Suivi continu
- CNQSS : Suivi stratégique

Le suivi continu de la mise en œuvre du plan stratégique et de l'état d'avancement sur l'atteinte des indicateurs sera assuré par l'Unité de gestion et de coordination du PNIQS. Pour cela une unité de

suivi-évaluation sera mise en place pour assurer un suivi correct des indicateurs et pour assurer une gestion correcte des données servant à la prise de décision.

Au niveau central, les rapports de mise en œuvre et le niveau d'atteinte des indicateurs du cadre de performance seront présentés au CNQSS semestriellement. Le CNQSS validera les recommandations et ajustements requis et se chargera d'assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations pour la période concernée.

Le suivi stratégique du cadre de performance sera assuré par le **CNQSS** en tant qu'organe de coordination des intervenants dans la qualité et la sécurité des soins et services. L'implication du CNQSS dans le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique contribuera à responsabiliser et à relever le niveau de responsabilisation des différents acteurs dans le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique.

Au niveau déconcentré, des **Comité Régionaux Qualité et Sécurité des soins et services** seront constitués autour des entités administratives existantes. Ces comités constitueront des instances de veille et seront pleinement impliqués dans le suivi de la mise en œuvre des plans d'action annuels. Dans le cadre du suivi évaluation, ces comités joueront le rôle d'instances de validation des activités menées.

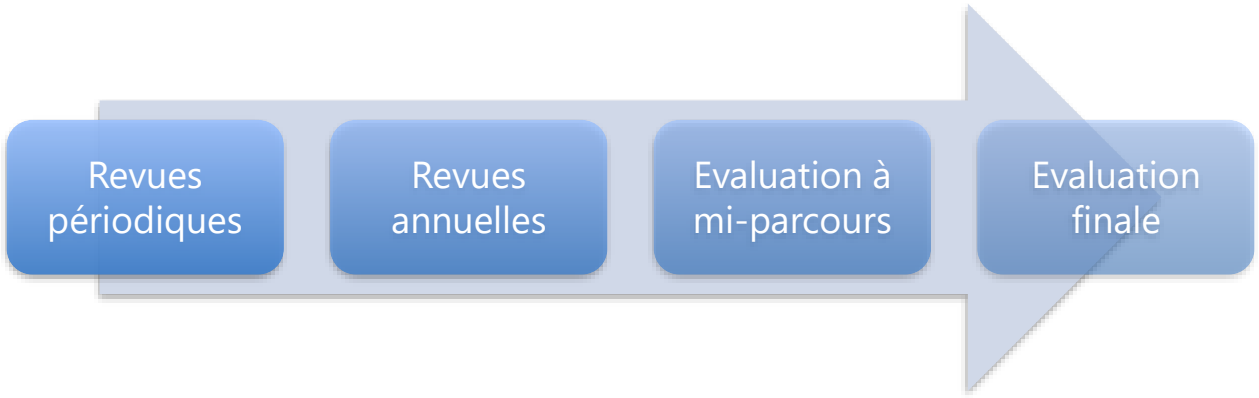
3.2. L'évaluation

L'évaluation des progrès se fera aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé.

Au niveau déconcentré, des sessions de revues périodiques des progrès seront organisées tous les semestres avec les CRQSS et CDQSS pour évaluer les niveaux de performance et proposer des solutions aux problèmes de mise en œuvre.

Au niveau national, le CNQSS coordonnera chaque année une revue nationale ouverte aux différents partenaires en vue de mesurer le niveau d'avancement dans l'atteinte des indicateurs du cadre de performance.

En plus de ce suivi régulier, une évaluation à mi-parcours du plan stratégique sera réalisée en 2020sous la coordination du CNQSS. L'évaluation finale se fera en 2022.



4. Mobilisation des ressources

La réalisation des objectifs du plan stratégique nécessite des ressources dont une première évaluation sera faite dans le plan d'action budgétisé du plan stratégique. Le Ministère en charge de la Santé et de l'Action Sociale mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant au PNIQ de réaliser les objectifs du plan stratégique.

Un document définissant la stratégie de mobilisation des ressources sera élaboré. Il sera accompagné d'une matrix de financement (ou matrix des contributions) permettant de fixer les engagements de l'État et ceux des partenaires. La matrix de financement du plan stratégique du PINQ sera l'outil de base pour le suivi des financements et des écarts.

En vue de garantir l'implication des différents acteurs dans le financement du plan stratégique, une table ronde des partenaires financiers et techniques du PNIQ sera organisée chaque année pour évaluer le niveau de concrétisation des engagements, suivre les performances dans la réalisation des objectifs et au besoin procéder à un réalignement de la stratégie de mobilisation des ressources. La préparation et la tenue de la table ronde des partenaires techniques et financiers seront coordonnées par le Secrétariat du CNQSS.

Pour un meilleur suivi financier, le PNIQ procédera à une refonte de son système de gestion pour intégrer un mode de gestion de ressources provenant de diverses sources et s'efforcera d'instaurer une culture de gestion axée sur les résultats.

Annexes

Annexe 1 : Plan d'action budgétisé

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Assurer la normalisation du système de santé et de l'Action Sociale à tous les niveaux						
Élaboration d'une politique nationale qualité du MSAS	**12 197 500**		**-**	**-**	**-**	**12 197 500**
Organiser un atelier de plaidoyer sur la qualité au sein du MSAS	3 957 500	-	-	-	-	*3 957 500*
Élaborer un document de politique nationale qualité	5 000 000	-	-	-	-	*5 000 000*
Organiser un atelier de validation de la politique nationale qualité	3 240 000	-	-	-	-	*3 240 000*
Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS	**8 240 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**8 240 000**
Réaliser une analyse situationnelle des services de santé en matière de qualité	5 000 000	-	-	-	-	*5 000 000*
Organiser un atelier de validation de la base de données sur la normalisation	3 240 000	-	-	-	-	*3 240 000*
Élaborer une base de données sur les PNP	-	-	-	-	-	-
Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures	**5 000 000**	**-**	**-**	**-**	**-**	**5 000 000**
Élaborer un plan d'appui d'élaboration et de révision des PNP du MSAS	6 480 000	6 480 000	6 480 000	6 480 000	6 480 000	32 400 000
Total Objectif 1	***26 917 500***	***6 480 000***	***6 480 000***	***6 480 000***	***6 480 000***	***52 837 500***

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Objectif Stratégique 2 : Améliorer le niveau d'hygiène, de sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux	-	-	-	-	-	-
Promouvoir L'hygiène des mains	-	66 677 990	66 677 990	66 677 990	66 677 990	266 711 960
- Installer des points d'eau	-	6 250 000	6 250 000	6 250 000	6 250 000	***25 000 000***
Approvisionner de façon régulière les structures de consommables	-	37 368 750	37 368 750	37 368 750	37 368 750	***149 475 000***
Mettre en place des unités de fabrication de SHA dans les hôpitaux	-	5 145 600	15 436 800	15 436 800	15 436 800	***51 456 000***
former le personnel de santé en hygiène des mains	4 789 644	7 982 740	7 982 740	7 982 740	3 193 096	***31 930 960***
Afficher les techniques de lavage des mains	-	-	-	-	-	8 850 000
Améliorer l'hygiène hospitalière à travers un bio nettoyage de qualité	6 455 951	1 122 774	1 403 468	1 684 161	561 387	11 227 740
Élaborer un cahier de charge modèle pour le bio nettoyage des locaux C102	2 000 000	-	-	-	-	***2 000 000***
Veiller à la formation systématique des personnels chargés du bio nettoyage par les structures de santé	1 384 161	1 845 548	2 306 935	2 768 322	922 774	***9 227 740***
Assurer le suivi du cahier des charges	-	-	-	-	-	0
Améliorer la qualité de la stérilisation au niveau des formations sanitaire	-	66 075 000	132 150 000	121 137 500	121 137 500	440 500 000
Appuyer les hôpitaux à se doter d'unité centrale de stérilisation	-	50 000 000	75 000 000	62 500 000	62 500 000	250 000 000
Appuyer les CS à se doter d'un autoclave	-	19 050 000	57 150 000	57 150 000	57 150 000	190 500 000
Améliorer la gestion des déchets biomédicaux						
Renforcer les capacités des acteurs	-	8 366 469	1 673 294	1 673 294	1 673 294	13 386 350
- Former les formateurs en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs	-	1 820 000	-	-	-	

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
						1 820 000
Former les agents d'exécution en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs	-	2 891 588	2 891 588	2 891 588	2 891 588	***11 566 350***
Renforcer le cadre institutionnel de la GDBM	-	9 751 300	2 250 300	2 250 300	750 100	15 002 000
Mettre en place un Comité National de coordination de la GDBM	-	2 195 000	-	-	-	***2 195 000***
Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour une gestion durable des DBM	-	3 842 100	3 842 100	3 842 100	1 280 700	***12 807 000***
Gestion des risques	-	-	-	-	-	-
renforcer la gouvernance de la gestion du risque à tous les niveaux du système	-	-	13 989 000	9 326 000	-	23 315 000
Faire le référentiel des risques	-	-	-	-	-	-
Effectuer la cartographie des risques	-	-	13 230 000	-	-	***13 230 000***
mettre en place des structures pour le pilotage, la coordination et le traitement des risques	-	-	1 695 000	-	-	***1 695 000***
Développer la culture de sécurité des soins et services et les pratiques de management associées	-	-	-	-	-	-
Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats	-	-	-	-	-	-
TOTAL OBJECTIF2	***73 805 376***	***227 833 986***	***198 953 621***	***173 282 186***	***96 267 881***	***770 143 050***
Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales	-	-	-	-	-	-
Renforcer les capacités en matière de qualité et de sécurité des soins et services	-	-	-	-	-	0
Formation continue des acteurs du MSAS	20 482 380	27 309 840	40 964 760	34 137 300	13 654 920	136 549 200
Organiser des ateliers de formation en qualité et sécurité des soins et services au profit des acteurs du MSAS a tous les niveaux	20 482 380	27 309 840	40 964 760	34 137 300	13 654 920	***136 549 200***

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Intégration de modules de formation sur la qualité et la sécurité des soins et services dans les curricula des écoles de formation en santé et universités	-	-	1 695 000	-	-	1 695 000
Plaidoyer auprès des facultés et écoles de santé pour l'intégration de la qualité et la sécurité des soins et services	-	-	1 695 000	-	-	***1 695 000***
Promotion de la formation diplomante en Qualité et sécurité des soins et services	9 000 000	23 000 000	30 000 000	26 500 000	26 500 000	115 000 000
Octroyer14 bourses de formation diplomante	-	14 000 000	21 000 000	17 500 000	17 500 000	70 000 000
Assurer annuellement la prise en charge de 3 participants à des conférences internationales sur la qualité l'hygiène et la sécurité des soins	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles au sein des programmes						
Promotion de la pratique des audits cliniques dans les structures de santé	-	98 629 433	11 207 890	11 207 890	13 449 468	134 494 682
Mise en place d'un groupe de travail audit clinique	-	1 695 000	-	-	-	***1 695 000***
Élaborer et mettre en œuvre un plan pluri annuel d'audits cliniques sur les thèmes prioritaires	-	1 795 000	-	-	-	***1 795 000***
Réaliser un Audit clinique par semestre et par district	-	25 901 936	32 377 421	32 377 421	38 852 905	***129 509 682***
Évaluer le plan d'audit clinique	-	-	-	-	1 495 000	***1 495 000***
Promouvoir la Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité	-	-	-	-	-	0
Documentation et publication des expériences réussies en matière de qualité	-	11 000 000	2 000 000	3 000 000	4 000 000	20 000 000
Mener une revue des expériences qualité menées au sein du système de santé (5S KAIZEN- TQM, TUTORAT, FBR, CHANGER 2, ETC …)	-	5 000 000	-	-	-	5000000
Produire et diffuser le guide de mise en œuvre de ces expériences	-	1 500 000	3 000 000	4 500 000	6 000 000	15000000

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Améliorer la communication						
Communication pour un changement de comportements ciblant les acteurs du MSAS et les usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et services	29 425 000	13 241 250	8 827 500	4 413 750	2 942 500	58 850 000
Élaborer un plan de communication sur la qualité et la sécurité des soins et services	2 990 000	-	-	-	-	*2 990 000*
Produire des supports de communications	-	25 137 000	16 758 000	8 379 000	5 586 000	***55 860 000***
Mettre en œuvre le plan de communication	PM	PM	PM	PM	PM	0
Célébration des journées mondiales et nationales relatives à la qualité	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	160 000 000
organiser la journée Mondiale hygiène des mains	13 600 000	13 600 000	13 600 000	13 600 000	13 600 000	***68 000 000***
Organiser la journée nationale et régionale de la qualité	13 600 000	13 600 000	13 600 000	13 600 000	13 600 000	***68 000 000***
Appuyer les Hôpitaux et Centres de santé à mettre en place un système de motivation par rapport à la qualité	800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	***24 000 000***
Promouvoir l'implication des usagers à l'amélioration de la qualité de services						
Participation des usagers à la mise en œuvre de la démarche qualité	-	24 696 000	41 160 000	57 624 000	41 160 000	164 640 000
Mettre en place un cadre de concertation avec les usagers sur la qualité	-	5 472 000	9 120 000	12 768 000	9 120 000	***36 480 000***
Former dans chaque structure 20 représentants des usagers sur la démarche 5S	-	7 776 000	12 960 000	18 144 000	12 960 000	***51 840 000***
Organiser 1 Séance par trimestre par structure sensibilisation sur l'approche 5S	-	5 724 000	9 540 000	13 356 000	9 540 000	38 160 000
Organiser 1 Séance par trimestre par structure d'application des 5S avec les usagers	-	5 724 000	9 540 000	13 356 000	9 540 000	38 160 000

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
- Intégrer l'évaluation de la satisfaction des clients au sein des enquêtes continues de prestation de services	-	-	-	-	-	PM
TOTAL OBJECTIF 3	91 698 880	230 668 023	168 646 650	169 674 440	134 498 388	795 186 382
0	-	-	-	-	-	-
Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme	-	-	-	-	-	0
Renforcer le cadre institutionnel du système de management de la qualité du MSAS	-	-	-	-	-	0
Mettre en place unProgramme National Intégré de la Qualité	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Élaborer les textes juridiques mettant en place le Programme National Intégré de la Qualité en Santé	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Le Renforcement de la capacité opérationnelle	-	-	-	-	-	0
Doter le Programme National Intégré de la Qualité de Ressources humaines en adéquation avec ses missions	20 880 000	20 880 000	20 880 000	20 880 000	20 880 000	104 400 000
Recrutement de personnel (médecins pharmaciens bio statisticien ;	20 880 000	20 880 000	20 880 000	20 880 000	20 880 000	***104 400 000***
Doter le Programme National Intégré de la Qualité des équipements et de la logistique en rapport avec les missions	45 495 000	45 495 000	82 228 000	48 528 000	47 854 000	69 600 000
Fournir au Programme National Intégré de la Qualité du matériel de bureau et mobilier et Octroyer 6 véhicules tout terrain	74 790 000	19 390 000	79 776 000	24 376 000	23 268 000	***221 600 000***
Doter les Programme National Intégré de la Qualité de locaux Adéquats	-	-	-	-	-	48 000 000
Donner au Programme National Intégré de la Qualité des locaux adéquats en fonction de son organigramme	-	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	***48 000 000***
La Mise en place d'une coordination qualité						
Mettre en place d'une plateforme multisectorielle de gestion de la qualité au niveau national et régional	16 722 500	8 361 250	8 361 250	-	-	33 445 000

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Mettre en place un Comité national ainsi que des comités régionauxetdépartementaux de la Qualité et de la sécurité des soins et services	16 722 500	8 361 250	8 361 250	-	-	***33 445 000***
Renforcer le système de suivi évaluation						
Mettre en place un système de collecte de compilation et d'analyse des données	46 640 625	3 109 375	-	-	-	49 750 000
· Atelier de révision du cadre logique et d'adoption des indicateurs et du plan de suivi évaluation	1 235 000	-	-	-	-	***1 235 000***
· Atelier d'élaboration des outils de collecte physiques et électroniques des données	1 235 000	-	-	-	-	***1 235 000***
· Intègre les nouveaux outils dans le DHIS2	1 235 000	-	-	-	-	***1 235 000***
· Imprimer les supports et outils de collectes et de gestion des données	-	-	-	-	-	0
Organiser 14 ateliers régionaux de formation pour les gestionnaires de données de district, des hôpitaux et des régions et autres acteurs régionaux aux outils et logiciels de traitement et d'analyse des données dans les régions par axe	4 505 625	27 033 750	4 505 625	-	-	***36 045 000***
Contrôle de qualité des données	-	8 588 710	8 588 710	8 588 710	8 588 710	34 354 841
Organiser1 missions ANNUELLE d'audit des données au niveau des districts et hôpitaux.	-	8 588 710	8 588 710	8 588 710	8 588 710	***34 354 841***
Assurer la planification le suivi et le reportage des interventions	12 385 291	20 126 098	20 126 098	20 126 098	20 126 098	92 889 682
· Faire une planification annuelle des activités dans le cadre de l'élaboration des PTA	988 000	988 000	988 000	988 000	988 000	***4 940 000***
· Assurer une supervision semestrielle du niveau central vers le niveau régional	-	17 177 421	17 177 421	17 177 421	17 177 421	***68 709 682***
Organiser deux revues semestrielles des données et des activités de Qualité	3 848 000	3 848 000	3 848 000	3 848 000	3 848 000	***19 240 000***
Mettre en place un système de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	-	1 335 000	-	-	-	1 335 000

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Élaborer un Plan globale de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	-	1 335 000	-	-	-	***1 335 000***
Réaliser les Enquêtes de surveillances de la Qualité	8 000 000	38 000 000	18 000 000	38 000 000	18 000 000	120 000 000
· Réaliser l'enquête de prévalence des infections nosocomiales	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	60 000 000
· Réaliser une enquête tous les deux ans sur la satisfaction des usagers	-	15 000 000	-	15 000 000	-	30 000 000
- Assurer la surveillance de la Résistance aux Antimicrobiens (RAM)	-	7 500 000	7 500 000	7 500 000	7 500 000	30 000 000
TOTAL OBJECTIF 4	150 123 416	145 895 433	158 184 058	136 122 808	115 448 808	705 774 523
TOTAL GENERAL	**342 545 172**	**610 877 442**	**532 264 329**	**485 559 434**	**352 695 077**	**2 323 941 455**

Annexe 2 : Récapitulatif budget plan stratégique

	2018		2019		2020		2021		2022		TOTAL	
OBJECTIF 1	*26 917 500*	*8%*	*6 480 000*	*1%*	*6 480 000*	*1%*	*6 480 000*	*1%*	*6 480 000*	*2%*	*52 837 500*	*2%*
OBJECTIF2	*73 805 376*	*22%*	*227 833 986*	*37%*	*198 953 621*	*37%*	*173 282 186*	*36%*	*96 267 881*	*27%*	*770 143 050*	*33%*
OBJECTIF 3	*91 698 880*	*27%*	*230 668 023*	*38%*	*168 646 650*	*32%*	*169 674 440*	*35%*	*134 498 388*	*38%*	*795 186 382*	*34%*
OBJECTIF 4	*150 123 416*	*44%*	*145 895 433*	*24%*	*158 184 058*	*30%*	*136 122 808*	*28%*	*115 448 808*	*33%*	*705 774 523*	*30%*
TOTAL	**342 545 172**	**100%**	**610 877 442**	**100%**	**532 264 329**	**100%**	**485 559 434**	**100%**	**352 695 077**	**100%**	**2 323 941 455**	**100%**

Annexe 3 : Cadre de Performance

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Élaboration d'une politique nationale qualité du MSAS	Politique nationale qualité et sécurité des soins et services disponible	0	2017		100%				
Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS	Base de données sur les manuels de procédures et documents de normes et procédures est disponible Pourcentage de structures du MSAS disposant de documents de normes et procédures à jour Plan annuel d'appui à la révision des PNP disponible	0 ND	2017 2017	 MSAS	100% 50%	60%	70%	80%	90%
Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures	Rapport annuel d'appui technique Plan annuel d'appui à la révision des PNP disponible Pourcentage de structure ayant bénéficié de l'appui technique du PNQ	ND	2017	Rapport annuel	10%	20%	30%	40%	50%
Promouvoir L'hygiène des mains	Proportion de personnels formés en hygiène des mains	70% 34%	2016	Rapport PRONALIN	80% 60%	90% 80%	90%	90%	90%

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
	Proportion de points d'eau disposant d'Affiches, Dépliants, Fiches techniques, Procédures								
	proportions de prestataires respectant le lavage correct des mains	0%	2016		25%	40%	60%	80%	90%
Améliorer l'hygiène hospitalière à travers un bio nettoyage de qualité	Proportion des structures assurant le bio nettoyage de leurs locaux selon les normes Disponibilité d'un cahier des charges	16%	2016		35%	50%	60%	70%	90%
Promouvoir la prévention de la tuberculose nosocomiale au sein des formations sanitaire	Proportion des prestataires respectant les précautions complémentaires « Air »	31 %			60%	80%	90%	90%	90%
Améliorer la qualité de la stérilisation au niveau des formations sanitaire	Proportions de structures sanitaires respectant les normes de stérilisation	14%			25%	40%	60%	80%	90%
Renforcer les capacités des acteurs	Pourcentage de personnels chargé de la GDBM formés	22%	2016		22%	40%	60%		
Renforcer le cadre institutionnel de la GDBM	arrêté de création du Comité disponible	0%	2017		100%				

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Promouvoir la gestion durable des déchets biomédicaux auprès de tous les acteurs de la filière	Nombre de conseils départementaux et municipaux sensibilisées	ND	2017		20%	40%	60%	70%	80%
renforcer la gouvernance de la gestion du risque à tous les niveaux du système	Référentiel disponible cartographie et plan d'action disponible structures de pilotage fonctionnelles	0	2017			100%			
Formation continue des acteurs du MSAS	Proportions d'acteurs du MSAS formé en qualité et sécurité des soins et services	30%	2017	ECPSS15	50%	60%	70%	80%	90%
Intégration de modules de formation sur la qualité et la sécurité des soins et services dans les curricula des écoles de formation en santé et universités	Proportion des écoles et facultés de formation en santé ayant intégré la qualité et la sécurité des soins et services dans leur programme	ND			5%	10%	15%	20%	25%
Promotion de la formation diplomante en Qualité et sécurité des soins et services	Pourcentage d'agents ayant bénéfice de bourses de formation en qualité et sécurité des soins et services	ND			20%	50%	75%	100%	
Promotion de la pratique des audits cliniques dans les structures de santé	Circulaire de mise en place du groupe de travail Plan d'audit Pourcentage d'audits réalisés sur nombre prévus	0% ND			100% 50%	80%	80%	80%	80%

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Documentation et publication des expériences réussies en matière de qualité	Rapport de revue disponible note circulaire sur la mise à l'échelle des expériences qualité réussies Nombre de structures ayant mis en œuvre les approches				100%	100%			
Communication pour un changement de comportements ciblant les acteurs du MSAS et les usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et services	Existence du plan de communication validé	0%	2017	MSAS	0%	100%			
	Existence de supports de communication validés					100%			
	Pourcentage de séances de communication effectuées					20%	40%	60%	80%
	proportion d'acteurs du MSAS ayant un comportement favorable à la qualité et à la sécurité des soins et services	ND				40%		60%	
	proportion d'usagers ayant un comportement favorable à la qualité et à la sécurité des soins et services	ND	2017			40%		60%	
Célébration des journées mondiales et nationales relatives à la qualité	Nombre de journées mondiales organisées nationales					2	2	2	2

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Participation aux rencontres scientifiques	Nombre de journées mondiales organisées Régionales	0				14	14	14	14
Participation des usagers à la mise en œuvre de la démarche qualité	Existence d'un cadre de concertation fonctionnel Nombre de séances organisées	0%	2017			100% 259	432	605	432
	Niveau de satisfaction régulièrement mesuré à l'échelle nationale	53%	2015	ANSD		70%		80%	
Mettre en place unProgramme National Intégré de la Qualité	L'arrêté portant création du Programme National Intégré qualité du MSAS est approuvé et disponible	0		MSAS	1				
Doter le Programme National Intégré de la Qualité de Ressources humaines en adéquation avec ses missions	Nombre d'agents mis à la disposition du PNIQS	1	2017	MSAS	4	4	5	13	13
Doter le Programme National Intégré de la Qualité des équipements et de la logistique en rapport avec ses missions	Nombre d'équipement acquis	ND	2017	MSAS DIEM	50%	50%	50%	100%	100%

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Doter les Programme National Intégré De La Qualité de locaux Adéquats		10%		MSAS DIEM	10%	100%	100%	100%	100%
Mettre en place d'une plateforme multisectorielle de gestion de la qualité au niveau national et régional	Nombre de comités mise en place Nombre de réunions tenues	0	2017	PNIQS	1	5	10	14	14
Mettre en place un système de collecte de compilation et d'analyse des données	Plan de suivi évaluation révisé Maquette physique et électronique des outils de collecte et de gestion des données disponibles Support disponibles	ND	2017	PNIQS/DSIS	75%	100%	100%	100%	100%
Contrôle de qualité des données	Proportion de données complètes et exactes	ND	2017	PNIQS	40%	60%	95%	95%	95%
Assurer la planification le suivi et le reportage des interventions	Plan annuel des activités disponibles	ND	2017	PNIQS	1	2	3	4	5
	Nombre de supervisons réalises				1	3	5	7	9
	Nombre de revues organisées				1	3	5	7	9

STRATEGIES	INDICATEURS	Données de base Valeur	Année	source	2018	2019	2020	2021	2022
Mettre en place un système de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services	Plan disponible	ND	2017	PNIQS	0	1	1	1	1
Réaliser les Enquêtes de surveillances de la Qualité	Nombre d'enquêtes réalisés sur nombre prévu	ND	2017	PNIQS	3	3	6	6	9
Évaluation de la satisfaction des clients	Pourcentage de formations sanitaires pratiquant des enquêtes de satisfaction	ND	2017	PNIQS	30%	50%	60%	60%	65%

Annexe 4 : Chronogramme des activités

Activités	2018				2019				2020				2021				2022			
Assurer la normalisation du système de santé et de l'Action Sociale à tous les niveaux	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4
Élaboration d'une politique nationale qualité du MSAS																				
Organiser un atelier de plaidoyer sur la qualité au sein du MSAS	■																			
Élaborer un document de politique nationale qualité		■																		
Organiser un atelier de validation de la politique nationale qualité		■		■																
Mettre en place une base de données sur la normalisation au sein du MSAS																				
Réaliser une analyse situationnelle des services de santé en matière de qualité			■	■																
Organiser un atelier de validation de la base de données sur la normalisation				■																
Apporter l'appui technique qualité pour l'élaboration, la mise à jour des documents et procédures										■	■			■	■			■	■	
Objectif Stratégique 2 : Améliorer le niveau d'hygiène, de sécurité et l'environnement de travail à tous les niveaux																				
Promouvoir L'hygiène des mains																				
- Installer des points d'eau					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Approvisionner de façon régulière les structures de consommables					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mettre en place des unités de fabrication de SHA dans les hôpitaux							■	■			■	■			■	■			■	■
former le personnel de santé en hygiène des mains	■	■			■	■			■	■	■		■	■			■	■	■	
Afficher les techniques de lavage des mains	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Améliorer l'hygiène hospitalière à travers un bio nettoyage de qualité																				
Élaborer un cahier de charge modèle pour le bio nettoyage des locaux C102	■	■																		
Veiller à la formation systématique des personnels chargés du bio nettoyage par les structures de santé		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■
Assurer le suivi du cahier des charges		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■
Améliorer la qualité de la stérilisation au niveau des formations sanitaire																				
Appuyer les hôpitaux à se doter d'unité centrale de stérilisation							■	■			■	■			■	■			■	■
Appuyer les CS à se doter d'un autoclave							■	■			■	■			■	■			■	■
Améliorer la gestion des déchets biomédicaux																				
Renforcer les capacités des acteurs																				

Activités	2018				2019				2020				2021				2022			
- Former les formateurs en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs					■	■														
Former les agents d'exécution en gestion des déchets bio médicaux et maintenance des incinérateurs							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Renforcer le cadre institutionnel de la GDBM																				
Mettre en place un Comité National de coordination de la GDBM						■	■													
Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour une gestion durable des DBM			■				■				■				■				■	
Gestion des risques																				
renforcer la gouvernance de la gestion du risque à tous les niveaux du système																				
Faire le référentiel des risques									■	■										
Effectuer la cartographie des risques											■	■								
mettre en place des structures pour le pilotage, la coordination et le traitement des risques											■	■								
Développer la culture de sécurité des soins et services et les pratiques de management associées													■		■					
Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats																	■			
Objectif Stratégique 3 : Améliorer de manière durable la qualité des prestations dans les Structures sanitaires et sociales																				
Renforcer les capacités en matière de qualité et de sécurité des soins et services																				
Formation continue des acteurs du MSAS																				
Organiser des ateliers de formation en qualité et sécurité des soins et services au profit des acteurs du MSAS a tous les niveaux		■	■			■	■			■	■			■	■			■	■	
Intégration de modules de formation sur la qualité et la sécurité des soins et services dans les curricula des écoles de formation en santé et universités																				
Plaidoyer auprès des facultés et écoles de santé pour l'intégration de la qualité et la sécurité des soins et services										■										
Promotion de la formation diplomante en Qualité et sécurité des soins et services																				
Octroyer14 bourses de formation diplomante					■				■				■				■			
Participation aux rencontres scientifiques nationales et internationales																				
Assurer annuellement la prise en charge de 3 participants à des conférences internationales sur la qualité l'hygiène et la sécurité des soins		■				■				■				■				■		
Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles au sein des programmes																				
Promotion de la pratique des audits cliniques dans les structures de santé																				

Activités	2018				2019				2020				2021				2022			
Mise en place d'un groupe de travail audit clinique					■															
Élaborer et mettre en œuvre un plan pluri annuel d'audits cliniques sur les thèmes prioritaires					■		■		■		■		■		■		■		■	
Évaluer le plan d'audit clinique																		■	■	
Promouvoir la Capitalisation des expériences pilotes réussies en matière de qualité																				
Documentation et publication des expériences réussies en matière de qualité																				
Mener une revue des expériences qualité menées au sein du système de santé (5S KAIZEN- TQM, TUTORAT, FBR, CHANGER 2, ETC …)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Produire et diffuser les guides de mise en œuvre de ces expériences						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Améliorer la communication																				
Communication pour un changement de comportements ciblant les acteurs du MSAS et les usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et services																				
Élaborer un plan de communication sur la qualité et la sécurité des soins et services		■	■																	
Produire des supports de communications																				
Organiser des séances d'application et de sensibilisation des 5S avec les usagers					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mettre en œuvre le plan de communication					■				■				■				■			
Célébration des journées mondiales et nationales relatives à la qualité																				
organiser la journée Mondiale hygiène des mains		■				■				■				■				■		
Organiser la journée nationale et régionale de la qualité				■				■				■				■				■
Appuyer les Hôpitaux et Centres de santé à mettre en place un système de motivation par rapport a la qualité				■				■				■				■				■
Promouvoir l'implication des usagers à l'amélioration de la qualité de services																				
Participation des usagers à la mise en œuvre de la démarche qualité																				
Mettre en place un cadre de concertation avec les usagers sur la qualité					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Former dans chaque structure 20 représentants des usagers sur la démarche 5S					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Organiser xx séances de sensibilisation sur l'approche 5S					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Organiser des séances d'application des 5S avec les usagers					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Activités	2018				2019				2020				2021				2022			
- Intégrer l'évaluation de la satisfaction des clients au sein des enquêtes continues de prestation de services			■																	
Objectif Stratégique 4 : Améliorer les capacités institutionnelles et opérationnelles du Programme																				
Renforcer le cadre institutionnel du système de management de la qualité du MSAS																				
Mettre en place un Programme National Intégré de la Qualité																				
Élaborer les textes juridiques mettant en place le Programme National Intégré de la Qualité du MSAS	■	■	■																	
Le Renforcement de la capacité opérationnelle																				
Doter le Programme National Intégré de la Qualité de Ressources humaines en adéquation avec ses missions																				
Obtenir le recrutement et/ou l'affectation de personnels	■	■			■	■			■	■			■	■			■	■		
Doter le PNIQS des équipements et de la logistique en rapport avec les missions																				
Octroyer 6 véhicules tout terrain au profit du PNIQS	■	■							■	■										
Fournir au PNIQS du matériel de bureau et mobilier	■	■							■	■										
Doter les PNIQS de locaux Adéquats																				
Donner au PNIQS des locaux adéquats en fonction de son organigramme					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
La Mise en place d'une coordination qualité																				
Mettre en place d'une plateforme multisectorielle de gestion de la qualité au niveau national et régional																				
Mettre en place un Comité national ainsi que des comités régionaux de la Qualité et de la sécurité des soins et services				■		■				■										
Renforcer le système de suivi évaluation																				
Mettre en place un système de collecte de compilation et d'analyse des données																				
· Atelier de révision du cadre logique et d'adoption des indicateurs et du plan de suivi évaluation	■																			
· Atelier d'élaboration des outils de collecte physiques et électroniques des données		■																		

Activités	2018				2019				2020				2021				2022			
· Intègre les nouveaux outils dans le DHIS2																				
· Imprimer les supports et outils de collectes et de gestion des données																				
Organiser 14 ateliers régionaux de formation pour les gestionnaires de données de district, des hôpitaux et des régions et autres acteurs régionaux aux outils et logiciels de traitement et d'analyse des données dans les régions par axe																				
Contrôle de qualité des données																				
Organiser1 missions ANNUELLE d'audit des données au niveau des districts et hôpitaux.																				
Assurer la planification le suivi et le reportage des interventions																				
· Faire une planification annuelle des activités dans le cadre de l'élaboration des PTA																				
· Assurer une supervision semestrielle du niveau central vers le niveau régional																				
Organiser deux revues semestrielles des données et des activités de Qualité																				
Mettre en place un système de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services																				
Élaborer un Plan globale de surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services																				
Réaliser les Enquêtes de surveillances de la Qualité																				
· Réaliser l'enquête de prévalence des infections nosocomiales																				
· Réaliser une enquête tous les deux ans sur la satisfaction des usagers																				
- Assurer la surveillance de la Résistance aux Antimicrobiens (RAM)																				

Annexe 5 : Bilan de mise en œuvre du Plan Stratégique Qualité et du PRONALIN 2011-2015

ACQUIS	LACUNES	OPPORTUNITES
Objectif stratégique1 : renforcer la normalisation au sein du secteur santé Appui à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la révision des politiques, normes et protocoles spécifiques en vue de l'amélioration de la performance des services et soins de santé;		
Plusieurs services et programmes disposent de manuels de procédures ou de document de normes et protocoles L'approche de financement basée sur les résultats (FBR) intègre une dimension qualité dans ses critères d'évaluation Une grille qualité a été conçue dans le but de mener des supervisions qualité dans tous les types de services et programme	Il n'y a pas une politique de qualité clairement définie Le PNQ n'a pas pu évaluer le niveau de normalisation eu sein du système de santé L'appui aux différents services et structures du MSAS n'a pu se faire que de manière ad Hoc en fonction des opportunités mais non de manière planifié	L'avènement de la CMU et la nécessité d'une rationalisation des ressources renforce l'importance de normalisation et de la standardisation des soins.
Mise à l'échelle des expériences réussies de la démarche qualité dans les formations sanitaires		
L'approche « 5 S KAIZEN TQM » et le PRESSMN a été capitalisée et passée à l'échelle voire institutionnalisée au sein du MSAS. L'approche du Tutorat Plus se poursuit dans le cadre de l'appui de l'USAID avec un focus sur la santé de la reproduction. Les expériences d'amélioration de la qualité selon le modèle collaboratif menée dans les domaines de la tuberculose et du VIH ont été documentées et ont permis de capitaliser de bonnes pratiques dans la production des services. L'approche Health Wise a été mise en œuvre par le BIT dans 4 structures de santé	Malgré la documentation de certaines expériences qualité, celles-ci ne sont pas pérennisées ni institutionnalisées par le PNQ Absence de cadre de mise à l'échelle des expériences d'amélioration de la qualité	Les partenaires manifestent un intérêt de plus en plus marque vis-à-vis de la qualité

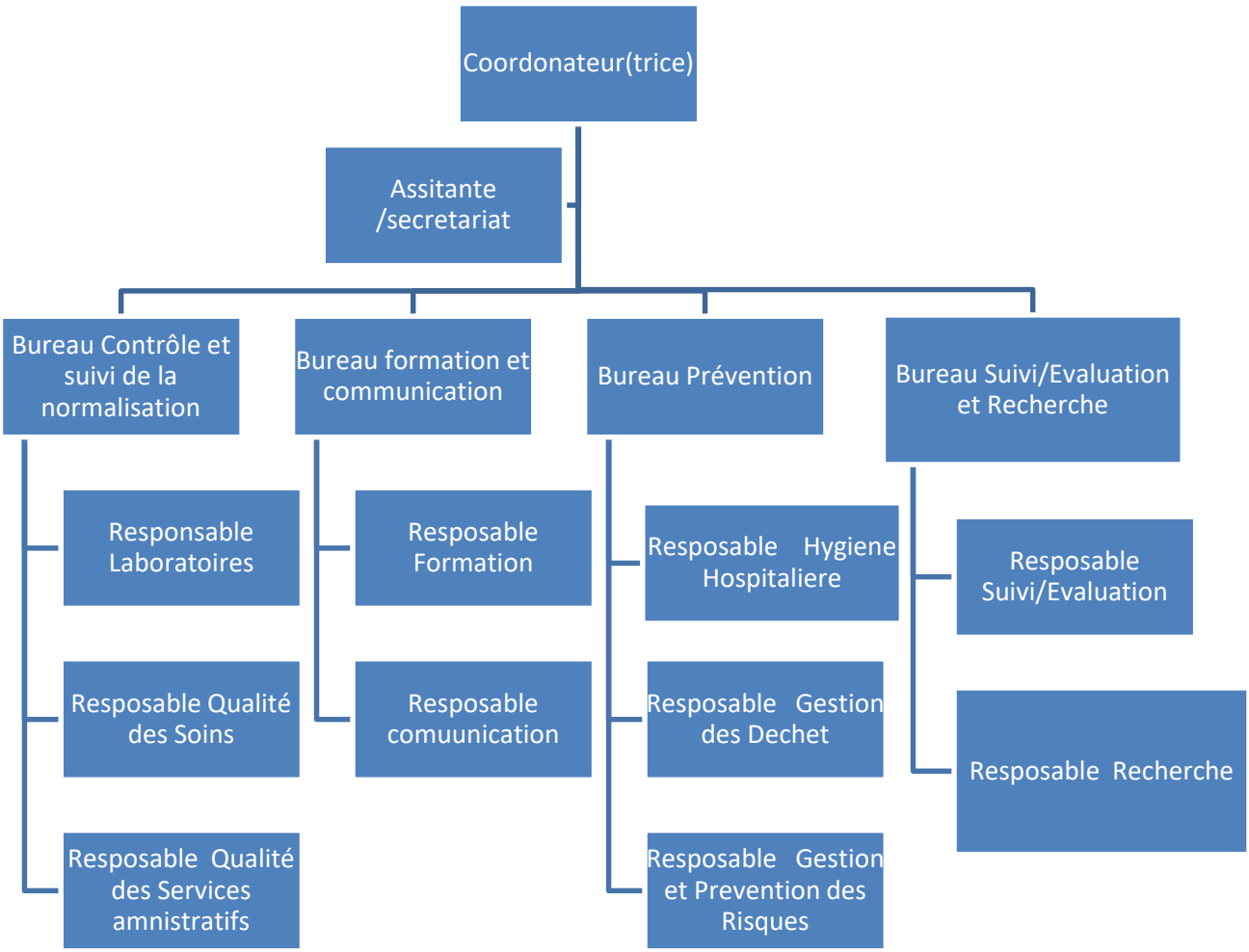
Objectif Stratégique 2 : Renforcer les capacités du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNQ		
Promotion des expériences pilotes et recherche en matière de qualité		
un système de reconnaissance a été instauré le PNQ a apporté son appui technique aux différentes structures Appuyer des protocoles de recherche Vulgariser les expériences réussies 5S PRESMN intégré dans le curricula de l'ENDSS	Pas de formation sur la démarche qualité proprement dite Le niveau communautaire n'a pas été pris en compte dans les formations	
Renforcement des compétences en management de la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les écoles de formation		
Les modules de formation en 5S ont été élaborés Organiser des ateliers de formation en qualité à l'intention des prestataires Plaidoyer pour l'octroi de bourses de formation et de stages Assurer le suivi post formation		
Appui conseil pour le respect des normes et protocoles en vigueur dans les domaines des ressources humaines, des infrastructures, équipements et maintenance		
Il existe des normes dans les domaines des ressources humaines infrastructures maintenance (carte sanitaire)	Les audits de la qualité n'ont pas pu être réalisés	
Développement du partenariat autour de la qualité (collectivités locales, mutuelles, fonds de garantie automobile, organisations d'usagers, autres secteurs)		
Il y a des partenaires qui appuient les activités de qualité.	Le cadre de collaboration n'est pas fonctionnel le partenariat public-privé est très faible	La mise en place d'un comité national qualité fonctionnel

- *Objectif Stratégique 3 : Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du PNQ*		
L'équipe du PNQ a été renforcé par l'affectation de 1 personnel Le personnel du PRONALIN vient renforcer l'équipe du PNQ/PRONALIN Le PNQ occupe les locaux du PRONALIN	Les capacités d'actions du PNQ dans sa conformation institutionnelle actuelle sont très réduites en regard des 14 missions qui lui sont assignées PNQ n'a pas de prérogatives d'ingérence ou de contrôle vis a vs des autres services	Volonté de révision du statut du Programme Qualité
Améliorer la coordination et le système de suivi évaluation du plan stratégique		
3.1 Mise en place d'une coordination qualité		
Existence d'un groupe technique	Il n'existe pas encore de coordination qualité	
3.2Elaboration du plan de suivi évaluation		
	Le plan de SE n'a pas été élaboré	
Réduire l'incidence des IAS, des AES et aux liquides biologiques ainsi que leurs conséquences ;		
Hygiène des mains		
Formation organisées avec l'appui des partenaires sur l'étendue du pays, 60% des points de prestation disposent ont au moins 1 point d'eau Mise en place d'unité de production de solution hydro alcoolique dans 5 hôpitaux[1] Une nette tendance se dessine dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques (Solution hydro-alcoolique, gel hydro-alcoolique) utilisation quasi généralisée du savon	Le ratio lavabo / lit au niveau des unités d'hospitalisation non encore atteint Faible proportion de points de prestations disposant d'essuie-mains. Faiblesse dans l'application des bonnes pratiques d'hygiène des mains Le lavage des mains avec de l'eau et du savon et connu mais pas effectué selon la procédure indiquée faible taux de rappel (Affiches, Dépliants, Fiches techniques, Procédures…) sur l'hygiène des mains	Développement de supports de communication avec l'appui des partenaires

[1] CHUF, HALD ; HR Diourbel, HRLouga, HMF Touba

	83% des groupes de travail hygiène des mains existent mais ne sont pas fonctionnels	
Bionettoyage et l'entretien des locaux de soins		
Groupe de travail bionettoyage existent dans 98% des structures mais ne sont pas tous fonctionnels	seules 15.90% disposent d'un document où certaines exigences techniques du bionettoyage sont prises en compte 63.27% effectuent un traitement inadéquat des locaux de soins 53.74% des structures n'ont pas fait de Répartition en zones à risque infectieux	L'Externalisation du bio nettoyage de plus en plus pratiquée par les structures de santé constitue une opportunité d'exigence de la qualité
Traitement du matériel de soins réutilisable		
Près de six structures sur dix disposent du matériel et de l'équipement de stérilisation (59 % près de neuf structures sur dix (89 %) ont les équipements nécessaires pour procéder à la désinfection à haut niveau de certains instruments.	Les opérations de décontamination du matériel de soins réutilisable sont mal exécutées au niveau de la majorité des structures Seule 20% des structures pratiquent le nettoyage des instruments en respectant les normes et procédures La stérilisation est mal exécutée dans la majorité des structures	L'acquisition d'équipements aux normes constitue une opportunité d'améliorer la qualité de la stérilisation.
Gestion des déchets biomédicaux		
Existence d'un plan stratégique de gestion des déchets biomédicaux Le personnel a été largement formé Certaines structures disposent d'équipements hautement performants		

Annexe 6 : *Proposition d'Organigramme du PNIQS*



Annexe 7 : Besoin du PNIQS en Personnel

BUREAU	**RESSOURCES HUMAINES**
BUREAU CONTRÔLE ET SUIVI DE LA NORMALISATION	1Pharmacien ou Médecin Biologiste 3 Technicien Supérieur de Labo
BUREAU FORMATION ET COMMUNICATION	1 Médecin/Pharmacien/Chirurgien-Dentiste Expert en communication
BUREAU PRÉVENTION	1 expert en hygiène hospitalière 1 Technicien en Gestion des déchets1 Technicien en gestion et prévention des risques
BUREAU SUIVI/EVALUATION ET RECHERCHE	1 Expert Suivi/Évaluation 1 Ingénieur Informaticien 1 Épidémiologiste 1 Biostatisticien