WHO/SHS/DHS/94.2
Distr. : LIMITEE
Original : anglais

MESURE DU TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES HOPITAUX ET LES CENTRES DE SANTE

C. Montoya-Aguilar
Professeur de Santé publique
Université du Chili

Organisation mondiale de la Santé
Systèmes de Santé de District
Division du Renforcement des Services de Santé

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITED
DISTR. : LIMITEE

WHO/SHS/DHS/94.2

TABLE DES MATIERES

Pages

I. OBJET DU DOCUMENT. POURQUOI MESURER ?

Questions relatives aux hôpitaux

Compte tenu de l'augmentation continue du coût des soins de santé et du ralentissement de la croissance économique, les hôpitaux, qui représentent le plus gros poste de dépenses du système de santé, sont sur la sellette. Le public, en particulier les partenaires payants, veulent connaître, avec toujours plus de certitude et de précision, la valeur de ce qui est produit avec l'argent des hôpitaux.

Certains se plaignent en même temps de ce que le développement des soins de santé ne privilégie pas suffisamment les principes de l'équité, de l'efficacité, de l'efficience, de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.

D'une façon générale, les hôpitaux sont faits de technologie. La technologie moderne suppose des normes toujours plus complexes et astreignantes. Tous les hôpitaux sont-ils à la hauteur de ces normes ? L'efficacité et la sécurité de chaque appareil et de chaque méthode sont-elles vérifiées comme il convient *(1)* ?

On ne peut rester insensible à la "crise des hôpitaux" dont on entend fréquemment parler *(2)*. L'augmentation des salaires exigée par les personnels hospitaliers hautement spécialisés contribue à cette crise. Quant aux usagers, dont les exigences et la sophistication face aux questions médicales sont sans cesse aiguisées par les médias, ils s'attendent à retirer une plus grande satisfaction. Ces attentes sont à leur tour reprises par les puissants organismes d'assurance qui fournissent aux hôpitaux leur principal soutien financier.

Pour toutes ces raisons, le travail accompli doit être mesuré de façon aussi valable, fiable et précise que possible pour donner une base factuelle au débat et à ses conclusions. Une bonne gestion peut et devrait utiliser ces mesures, par exemple pour connaître les organisations de soins de santé et les composantes de ces organisations dont les réalisations sont insuffisantes. Ainsi, des réponses pourront être apportées aux questions fondamentales telles que les suivantes : Le travail accompli par l'hôpital X est-il conforme aux normes en vigueur ? Combien coûterait l'amélioration de la qualité ?

Questions relatives aux centres de santé

Les centres de santé, qu'ils soient "locaux" ou "de référence" (*3*), doivent tenir la gageure de se montrer à la hauteur des tâches qu'ils sont partout censés accomplir et qui consistent essentiellement à résoudre 80 % ou plus des problèmes de santé qui affectent la population. Après avoir assez généreusement aidé à la création de ces centres, les gouvernements et les organisations internationales commencent à poser des questions sur le travail accompli par les centres de santé, en particulier ceux qui sont les mieux pourvus dans chaque pays. Soulagent-ils vraiment les services de consultation externe et des urgences des hôpitaux en supportant le poids des soins du niveau primaire ? Des normes ont-elles été élaborées concernant les services préventifs, diagnostiques et thérapeutiques assurés par les centres de santé ? Ou concernant les décisions en matière d'orientation-recours ? Et, si tel est le cas, ces normes sont-elles respectées ?

Les centres de santé, en tant qu'agents de soins de santé primaires, sont censés couvrir toute la population "sans considération de position sociale" (*3*). Ils doivent aussi promouvoir la santé dans la zone environnante en s'efforçant, par une coopération intersectorielle efficace et la participation de la communauté, d'améliorer les diverses composantes à la base d'une communauté saine et d'un environnement salubre : alimentation, toit, éducation, assainissement, loisirs et communication. Les questions importantes sont donc les suivantes : Comment un centre de santé donné s'acquitte-t-il de ses activités de maillage intersectoriel ? Et dans quelle mesure correspond-il aux intérêts sanitaires de la communauté qu'il dessert ?

Les centres de santé, comme les hôpitaux, sont responsables devant la population et les autorités compétentes. A cet effet, ils peuvent notamment utiliser des "indicateurs de progrès simples mais pratiques ... qui ont un rapport rationnel avec les résultats escomptés". Pour cela, ils doivent recueillir les données

nécessaires et être capables d'en évaluer la signification au moyen des diverses méthodes connues d'évaluation de l'efficacité, de la qualité, de la couverture et de l'efficience.

L'urgence de cette tâche est indiquée dans la résolution WHA44.27 de l'Assemblée mondiale de la Santé et justement soulignée dans la recommandation d'un groupe d'étude de 1992 demandant que l'OMS encourage "une meilleure prise de conscience de l'imminence d'une crise de la santé urbaine ..." *(3)*.

II. PORTEE DU DOCUMENT

Le présent document traite d'accomplissement, soit de l'exécution d'activités et de l'obtention de résultats au moyen de ces activités.

Le concept du travail accompli par les hôpitaux et les centres de santé est complexe et sa mesure oblige à traiter de nombreuses composantes distinctes.

Pour être utiles, les mesures du travail accompli doivent être analysées conjointement avec d'autres paramètres du système comme la quantité de ressources utilisées, la population visée, les valeurs de référence qui indiquent les réalisations attendues de l'organisation examinée. En premier lieu, nous traiterons de l'évaluation de la productivité et des coûts unitaires du système. Les questions qui se posent en deuxième lieu sont les suivantes : Quelle proportion de la population reçoit effectivement les services dont elle a besoin ? - couverture; De combien d'activités d'un type donné bénéficie un membre moyen d'un groupe de population ? - concentration. En troisième lieu, nous comparerons ce qui est effectivement accompli et une norme pertinente, en vue d'évaluer le niveau du travail accompli. Ce niveau peut concerner l'efficacité avec laquelle les activités sont exécutées; leur quantité par rapport à une population donnée - couverture ou concentration; leur qualité - conformité avec les normes techniques sur la façon dont les activités devraient être exécutées; ou leur efficacité - résultats obtenus par rapport aux résultats escomptés *(4)*.

III. CADRE CONCEPTUEL. QUE SIGNIFIE LE FAIT DE MESURER ? MESURES DE BASE DU TRAVAIL ACCOMPLI

Ici, les "faits" qui nous intéressent sont les suivants :

- les activités de soins de santé d'une organisation qui dispense des soins;
- les caractéristiques de ces activités;
- leurs résultats.

Activités de soins de santé

En termes de planification sanitaire, les "activités" sont une combinaison de tâches ou d'interventions destinées à répondre à un besoin de santé ou à une demande d'une personne ou d'un groupe, et qui peuvent être comptabilisées (*4*). Chaque pays et chaque sous-système de santé définit ce qu'il considère comme ses "activités" et, par conséquent, quelles sont les "choses" qu'il va compter, c'est-à-dire qu'il va utiliser comme les unités de base de la mesure du travail accompli. Dans la plupart des situations, les activités suivantes sont reconnues :

- consultations ou "contacts" entre un usager et un membre de l'équipe de soins de santé;
- admissions dans les hôpitaux;
- visites à domicile;
- séances d'éducation de groupe;
- inspections sanitaires.

Toutes ces activités peuvent être subdivisées, si besoin est, selon la catégorie de personnel ou de service de soins de santé qui les exécute, la raison pour laquelle elles sont dispensées, et le type d'usager.

Des tâches ou interventions plus spécifiques peuvent aussi être comptées comme, par exemple, les opérations chirurgicales, les tests de laboratoire, les radiographies et les vaccinations.

Une caractéristique importante des activités de soins de santé qui constitue un aspect essentiel du travail accompli par le système de santé est leur qualité. Sa mesure directe est examinée au chapitre V.

Résultats des soins de santé

Quels types de résultats peuvent être rattachés au travail accompli par un hôpital ou un centre de santé ? Certains consistent en améliorations de l'état de santé et, à cet égard, nous pouvons compter ou mesurer les éléments suivants *(5,6,7)* :

- proportion des malades hospitalisés qui sortent vivants de l'hôpital (complément de la mortalité hospitalière);

- proportion des malades des hôpitaux ou des centres de santé dont la santé s'est améliorée immédiatement après l'"activité";

- proportion des malades dont l'état de santé est satisfaisant, disons 30 jours après la fin de leur traitement dans un hôpital ou un centre de santé;

- proportion des malades qui n'ont pas besoin de s'adresser de nouveau au système pour la même maladie, ou pour des complications ultérieures, pendant une période donnée;

- proportion des malades qui reprennent leur occupation normale après être sortis de l'hôpital.

D'autres résultats concernent la protection de la santé de l'usager pendant qu'il est soigné par le système de soins de santé, c'est-à-dire l'innocuité et la justification des actes. Exemples de mesures possibles de ce type :

- Proportion de malades, hospitalisés ou ambulatoires, sans complications pendant le traitement. Les complications peuvent être les suivantes : infections; accidents consécutifs à l'utilisation de médicaments, une anesthésie ou une transfusion sanguine; souffrance foetale ou du nouveau-né; dommages dus à l'emploi de techniques chirurgicales, obstétricales, orthopédiques ou diagnostiques inadéquates; traumatisme pendant le séjour à l'hôpital; escarres de décubitus.

- Proportion de chirurgie élective exécutée appartenant à l'une des catégories où il convient de surveiller les excès éventuels - appendicectomie, amygdalectomie et césariennes.

La prévention serait l'un des résultats importants de l'action de santé et elle peut se mesurer d'après la proportion des usagers dont les connaissances, les attitudes ou le comportement en matière de santé sont améliorés (au moins dans les domaines liés à leurs propres maux). Des progrès pourraient être attendus concernant le tabagisme, l'alcoolisme, l'exercice, la capacité à surmonter le stress, la maîtrise de soi, la vie sociale, le régime alimentaire, la responsabilité en matière parentale et la prévention du SIDA.

Echelles de mesure et impératifs

La présentation et l'interprétation de toutes les mesures précitées sont assez simples. Premièrement, elles sont toutes basées sur des mesures discrètes; deuxièmement, la mesure des activités, comme tout autre type de comptabilité, utilise des échelles semi-logarithmiques, et toutes les opérations statistiques peuvent donc s'y appliquer. La mesure des résultats donne des valeurs ordinales, avec lesquelles nous pouvons légitimement fonctionner en utilisant des statistiques comme le chi carré, le risque relatif approximatif, le mode, la médiane, les centiles et les coefficients de corrélation des rangs *(8)*.

Les conditions requises pour ces mesures "primaires" du travail accompli sont simples : elles doivent être exactes, aussi précises que l'exige l'utilisation qui doit en être faite, et suffisamment nombreuses et variées pour donner, de façon économique, l'image voulue de ce qui se passe *(9)*. L'exactitude et la précision dépendent du niveau de compétence avec lequel les registres et les rapports de certains faits sont conçus et tenus.

Les exigences sont plus rigoureuses encore lorsqu'il s'agit d'élaborer et d'utiliser les mesures à des fins d'évaluation (chapitre VI).

IV. COMPOSANTES DU TRAVAIL ACCOMPLI. FONCTIONS DES HOPITAUX ET DES CENTRES DE SANTE

A l'exception des soins aux malades hospitalisés, les hôpitaux et les centres de santé ont des fonctions essentiellement comparables. Mais tous les hôpitaux et tous les centres de santé ne s'acquittent pas nécessairement de la totalité de leur mission potentielle.

Modules fonctionnels

Les hôpitaux peuvent être considérés comme un ensemble d'un ou de plusieurs modules fonctionnels (Encadré 1) *(10)*.

ENCADRE 1

- un "module central" qui inclut les soins aux malades hospitalisés, les services d'urgence, la maternité et les responsabilités médico-légales, ainsi que le soutien technologique requis selon son niveau de complexité;
- un service de consultation externe pour les spécialités;
- un service "centre de santé" rattaché à l'hôpital qui fournit les soins ambulatoires de premier recours, prévention et promotion comprises, à la population environnante;
- un service d'hébergement pour les malades (et les membres de leur famille) venus de loin, mais ne nécessitant pas d'être hospitalisés;
- un service de soutien aux dispensaires de premier recours et aux organisations de santé communautaire;
- un bureau de santé responsable de l'administration sanitaire et des tâches épidémiologiques et d'assainissement dans la région;
- un service de médecine du travail;
- un service de médecine scolaire;
- un module fonctionnel d'enseignement;
- un module de recherche.

Ce sont ces modules qui produisent les activités et les résultats qui font l'objet des mesures décrites dans la section précédente. Certaines de ces fonctions, cependant, comme l'enseignement et l'administration, ont leurs propres activités et leurs propres résultats, et il convient de les définir pour déterminer leurs unités de mesure et la façon de les mesurer.

Satisfaction des usagers et des personnels

L'appréciation du travail accompli revêt un nouveau caractère dès lors qu'on envisage un hôpital ou un centre de santé donné dans son ensemble. Cela est vrai en particulier des résultats. Dans ce contexte, la satisfaction des usagers doit toujours être mesurée. Ainsi, d'après :

- la proportion des usagers qui donnent une note élevée aux services reçus dans leurs réponses à une enquête spéciale.

Le moral du personnel est à la fois un déterminant et un résultat du travail accompli. Il se mesure d'après :

- la proportion des personnels qui viennent travailler régulièrement;
- le roulement du personnel;
- les réponses des personnels aux questions sur leur attitude à l'égard de leur établissement.

Travail accompli par les hôpitaux à l'appui des systèmes de soins de santé

Le soutien fourni, en particulier par les hôpitaux, à l'objectif qui consiste à organiser au mieux le système de soins de santé local auquel ils appartiennent peut se mesurer, par exemple, d'après :

- la proportion des malades qui sont réacheminés vers le premier niveau de soins avec les informations requises;

- le nombre et le type des interventions techniques et administratives de l'hôpital qui aident et encouragent directement les dispensaires périphériques et les organisations de santé communautaire à bien fonctionner.

Au-delà de l'établissement particulier, si nous désirons mesurer les réalisations d'un système de santé local ou national, il convient d'additionner les activités de chaque type dans tous les services qui composent le système. Pour ce qui est des résultats du système, ceux-ci concernent un niveau d'impact plus élevé que ceux qui sont envisagés pour les établissements individuels. Nous sommes autorisés à poser les questions suivantes :

- Quel est, le cas échéant, le degré d'amélioration de l'état de santé de la population en général qui est imputable au système ? Pour répondre à cette question, il convient de mesurer certains indicateurs généraux de la santé comme l'espérance de vie ou les années de vie saine préservées.

- Quel est le degré de changement positif dans les indicateurs sociaux et économiques, comme la distribution réelle du revenu, qui peut être imputé aux efforts du système de santé ?

- De quel niveau d'approbation sociale bénéficie le système, comme en témoigne l'opinion des responsables politiques et des porte-parole des organisations sociales et des médias ?

Indicateurs

Pour décrire des phénomènes complexes, il est utile de choisir une ou plusieurs caractéristiques qui "donneront une indication" de leur ampleur, de façon à éviter d'avoir à présenter tout un ensemble de mesures plus spécifiques. Ainsi que Murnaghan (1981), cité par Noack et Abelin *(9)*, les a définis, les indicateurs de santé sont "des mesures choisies dans le fonds élargi des statistiques sanitaires pour leur capacité à résumer ou représenter plusieurs statistiques, ou à mesurer par procuration des informations pertinentes".

Précautions à prendre concernant l'emploi d'indicateurs

Certains des écueils de la mesure primaire du travail accompli résident dans le choix et l'utilisation des indicateurs. C'est ce qu'illustrent les exemples ci-après.

Le nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants est souvent donné comme un indicateur de la quantité de travail accompli par un système de santé local ou national, sans tenir compte du fait que le nombre des consultations externes peut être plus représentatif des effets dans la bonne direction : maintenir les malades hors des salles d'hôpital tout en leur fournissant les soins ambulatoires appropriés.

Si le travail accompli par un hôpital est exprimé en journées de lits occupés, cela peut masquer une coïncidence entre des séjours prolongés et le petit nombre d'admissions.

Un grand nombre total de consultations, en tant qu'indicateur du travail de consultation externe, peut masquer le fait que peu de ces consultations sont assurées par des médecins.

Le faible taux de mortalité hospitalière relevé par rapport à d'autres établissements de même taille et du même type de spécialisation peut donner à penser, à en juger par les résultats, que le travail accompli est satisfaisant, mais la raison peut être la forte proportion d'admissions superflues.

La forte proportion des malades dont l'état s'est amélioré à leur sortie de l'hôpital peut être invalidée en tant qu'indicateur de travail satisfaisant si une enquête auprès des malades, un mois plus tard, fait apparaître de nombreuses rechutes, voire des décès.

Un autre hôpital peut faire valoir la bonne qualité des interventions chirurgicales comme indicateur du travail qu'il a accompli; il convient toutefois de s'interroger sur la structure des raisons pour lesquelles les opérations ont été effectuées (sont-elles justifiées ?) et sur le taux des complications.

Un établissement peut avoir d'excellentes activités éducatives contre le tabagisme, mais il peut négliger la tâche tout aussi importante de prévention du SIDA.

Dans de nombreux pays en développement, le taux de mortalité infantile, pris comme indicateur général du travail accompli dans le domaine de la santé, voire du progrès social, a subitement baissé; cela peut nous faire oublier le sort des adultes en âge de travailler qui meurent de causes évitables - accidents, SIDA, conséquences de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du tabagisme ou hypertension mal soignée.

Données complémentaires requises pour évaluer le travail accompli

Avant de clore cet examen des composantes du travail accompli et de leurs mesures de base, il convient de se pencher sur les données complémentaires qui seront nécessaires pour les interpréter et les évaluer (chapitre VII).

Les activités sont produites au moyen de ressources comme le personnel, les biens de consommation et les installations physiques; elles emploient des technologies toujours plus spécialisées; elles sont réalisées dans un environnement complexe et changeant - institutionnel, social, politique et économique. Plus important encore, elles s'adressent à une population composée de personnes et de groupes qui diffèrent de par leur exposition au risque, leur vulnérabilité, leurs besoins et leurs désirs en matière de soins de santé. Aussi, pour étudier le travail accompli par un certain hôpital ou un centre de santé, il convient d'obtenir au minimum les informations suivantes :

- nombre de personnes employées;
- nombre de médecins;
- caractéristiques de l'établissement physique;

- date de la construction;

- surface construite;

- (s'il s'agit d'un hôpital) nombre de lits;

- budget opérationnel annuel total;

- organisation institutionnelle : système gouvernemental

  centralisé,
  décentralisé,
  ou privé;

- revenu ou produit :

  national,
  régional;

- nombre d'habitants desservis par l'établissement;

- indicateurs de l'état de santé;

- éventail des indicateurs de santé entre les groupes sociaux les plus et les moins favorisés ou selon les subdivisions géographiques.

Il apparaît à l'évidence que les données devraient être en rapport avec la catégorie de l'établissement déterminée par sa taille et sa complexité, et avec le nombre d'habitants desservis.

V. NIVEAUX RELATIFS DU TRAVAIL ACCOMPLI. QUALITE DES SOINS DE SANTE ET NORMES

Pour pouvoir utiliser pleinement les mesures du travail accompli, il est nécessaire de les associer à d'autres paramètres du système de santé. Des réponses sont proposées dans cette section à la question :

- Quelles mesures du travail accompli doivent être rattachées à quoi ?

Trois aspects du travail accompli seront examinés ici :

- quantité des activités de soins de santé (ou de certaines de leurs composantes ou tâches particulières);
- manière dont les activités sont menées à bien;
- résultats des activités.

Quantité des activités de soins de santé : relations

Le nombre des activités devrait être en rapport avec : la population, les ressources et les cibles du programme *(4)*.

Les niveaux relatifs du travail accompli par rapport à la population sont :

- couverture de la population par l'activité ou l'intervention particulière;
- concentration de chaque type d'activité par unité de population;
- pertinence de chaque activité par rapport aux besoins de la population visée;
- efficacité de chaque activité à modifier l'état de santé de la population.

Pour ce qui est des ressources qui génèrent les différents types d'activités, les indicateurs relatifs du niveau d'accomplissement qui en résultent sont les suivants :

- productivité des ressources (ou des instruments);

- coût unitaire des activités, dont la comparaison, entre établissements du même type, amène à des conclusions sur l'efficacité économique de chacun.

La quantité d'un type donné d'activité au cours d'une certaine période peut être rattachée à la quantité qui a été fixée comme une cible du programme pertinent. L'indicateur relatif de travail accompli devient maintenant :

- degré d'accomplissement d'une activité cible particulière.

Toutefois, le nombre des activités menées à bien peut simplement être comparé à la tendance existante : le niveau relatif du travail accompli sera alors exprimé comme étant supérieur, inférieur ou égal à la tendance, c'est-à-dire qu'aucune cible précise ne sera envisagée.

Qualité des activités de soins de santé

Lorsque nous en venons à la façon dont une activité (ou l'une de ses composantes) est menée à bien, le paramètre approprié auquel le travail effectivement accompli devrait être rattaché est la norme fixée pour cette activité particulière.

Définition de la norme : description de la façon dont une activité (ou une tâche ou un acte) doit être exécutée; ou description des caractéristiques que devrait présenter un instrument (ou une ressource particulière). Elle doit servir de repère ou de modèle pour l'appréciation du degré d'excellence ou d'acceptabilité d'une réalisation ou d'une structure observée *(11)*.

Les normes sont d'ordinaire fixées par des groupes de professionnels spécialisés dont le consensus peut reposer sur l'expérience personnelle ou sur des preuves scientifiques, voire sur la situation dans les "meilleurs" établissements ou zones. Les normes peuvent être incorporées dans les règlements ou les manuels officiels, mais elles doivent être périodiquement revues et mises à jour.

Le niveau observé du travail accompli ("comment" une activité est exécutée) par rapport à la norme fixée le concernant ("comment" il doit être accompli) est le niveau de qualité de l'activité. En santé publique, le niveau de qualité peut être défini en termes opérationnels comme le degré de conformité de l'activité (ou ressource) réelle à la norme correspondante *(5)*.

La qualité du travail accompli par un établissement - hôpital, centre de santé ou autre - peut être appréciée d'après le niveau de qualité dont témoignent ses principales activités.

La qualité peut se mesurer. Pour mesurer "comment" une activité est exécutée et "comment" elle doit être exécutée, il convient à l'évidence d'utiliser les mêmes unités. L'échelle de mesure utilisée peut être simplement du type nominal : "la norme est respectée, oui ou non". Mais, en pratique, les aspects qualitatifs sont d'ordinaire convertis en chiffres; ainsi, des notes chiffrées et des pourcentages peuvent être utilisés pour représenter différents degrés de conformité à cette norme.

L'Encadré 2 contient des exemples des types de mesures de la qualité couramment employés.

ENCADRE 2

Qualité des hospitalisations :

- proportion des malades pour lesquels les actes suivants ont été accomplis selon les normes de l'hôpital (ou du ministère) :

  - antécédents cliniques,
  - examen physique,
  - autres actes diagnostiques,
  - traitement,
  - soins infirmiers,
  - nettoyage et désinfection;

- proportion des malades avec un diagnostic défini à leur sortie de l'hôpital;

- partie du temps pendant laquelle des services d'urgence ont été rapidement fournis à la population de la zone de recrutement de l'hôpital.

Qualité des consultations (visites, contacts) :

- proportion des cas pour lesquels les actes suivants ont été exécutés selon les normes de l'établissement (ou du ministère) :

  - antécédents cliniques,
  - examen physique,
  - demande de tests de laboratoire et de radiographies, le cas échéant,
  - prescription d'un traitement,
  - acheminement vers un autre établissement,
  - conseils et éducation appropriés, vaccinations et autres mesures de prévention;

- proportion des cas où le diagnostic posé s'est avéré correct;

- proportion des cas pour lesquels l'attente n'a pas dépassé la norme fixée par l'établissement;

- proportion des consultations assurées par les mêmes professionnels de santé que lors des contacts précédents (norme de continuité).

Qualité des soins à la famille et des soins autoadministrés :

- proportion des visites à domicile où il a été observé que :

  - les ustensiles de cuisine étaient adéquats et propres,
  - il n'y avait pas d'insectes dans les chambres,
  - l'eau était conservée dans des cruches couvertes,
  - les moins de cinq ans étaient à portée des yeux et des oreilles des adultes,
  - les bouilloires et les prises électriques étaient hors de portée des moins de cinq ans.

D'autres exemples sont donnés aux points 5 et 6 de la bibliographie.

Certaines mesures du travail accompli, qui sont de nature purement quantitative, sont en même temps des indicateurs de qualité. Ainsi, par exemple, la concentration des visites prénatales : chaque centre de santé devrait fixer un nombre standard minimum de visites pour toute femme enceinte et le respect de cette norme est un indicateur important des soins obstétricaux *(12)*.

Il n'existe pas en réalité de limite bien définie entre quantité et qualité dans l'appréciation du travail accompli. En fait, la qualité peut être exprimée par une formule arithmétique, comme suit :

$$\text{Niveau de qualité d'une activité de soins de santé} = \frac{\text{notation de la manière observée dont le travail est accompli}}{\text{notation de la manière normalisée dont le travail est accompli}}$$

La qualité ne peut en outre exister que sur un fond de quantité. Si, dans une zone, les services ne sont pas accessibles à la population, ou ne sont pas utilisés par elle, leur qualité n'est à l'évidence pas mesurable et elle doit être notée comme égale à zéro *(5)*.

Résultats des soins de santé : relations

Les résultats des activités ou des efforts d'un hôpital ou d'un centre de santé doivent être rattachés à la quantité et à la qualité des activités et des ressources et aux cibles pertinentes du programme. Nous pouvons y ajouter les principes généraux dont s'inspire l'établissement de santé ou le système de santé auquel il appartient, principes tels que l'équité, l'accent mis sur les problèmes prioritaires, ainsi que les fonctions et le rythme de progrès souhaité.

L'établissement d'un lien entre les résultats d'une part, les ressources et les activités d'autre part relève de l'analyse coût/efficacité. Combien cela coûte-t-il - dans un hôpital donné - d'améliorer la santé d'un malade de façon qu'il n'ait pas de rechute pendant, disons, six mois ? Ou : Combien cela coûte-t-il d'apprendre à un malade à éviter un certain comportement à risque ? Combien cela coûte-t-il de ramener le taux des complications chirurgicales dans un établissement du niveau A au niveau B ?

Le niveau des résultats peut être rapproché des cibles si le programme de l'établissement en comprend : nous obtenons ainsi le degré d'accomplissement de la cible. Dans la plupart des cas, cependant, il est préférable d'éviter de fixer des cibles précises de ce type et d'évaluer tous les résultats comme satisfaisants dès lors qu'ils sont meilleurs que ceux qui avaient été prévus d'après les tendances existantes. Même en adoptant cette approche souple, les résultats obtenus par un hôpital ou un centre de santé demeurent les meilleurs indicateurs - bien que des indicateurs seulement - de la qualité de leurs activités.

VI. METHODES. COMMENT MESURER ET EVALUER LE TRAVAIL ACCOMPLI

Ce chapitre porte sur les principales méthodes utilisées pour évaluer la qualité des activités de soins de santé. Il ne s'agit plus de l'évaluation du travail accompli sous l'angle de la quantité d'activités produites, car le sujet est simple et les chapitres précédents en ont suffisamment traité.

Il existe deux méthodes principales pour évaluer la qualité des activités : l'examen systématique - audit - des dossiers médicaux et l'observation directe de ce qui se passe, avec l'aide de listes de contrôle des aspects à observer. Les deux méthodes peuvent être complétées par des entretiens avec les malades, les membres de la famille, les dispensateurs de soins et d'autres personnes participant aux activités à l'étude.

Audit médical

L'audit médical peut être axé sur diverses catégories de malades ou de faits.

L'audit peut porter sur un échantillon représentatif des dossiers de tout l'hôpital ou du centre de santé. On peut aussi choisir les dossiers de l'un des services cliniques ou concernant certains types de malades.

L'audit peut aussi être axé sur des incidents critiques - infections nosocomiales, accidents transfusionnels ou autres faits comparables.

L'incident critique par excellence, le décès d'un malade, devrait si possible toujours faire l'objet d'un audit. Dans les systèmes bien intégrés, le travail accompli par le système en tant que tel peut être évalué au moyen de l'audit normal de tous les décès survenus dans la région; cela devrait être fait en collaboration entre l'hôpital et les centres de santé compétents. La priorité peut être donnée aux décès infantiles et maternels, comme cela a été le cas dans certains pays en développement; les déterminants sociaux, environnementaux et médicaux de l'issue fatale sont définis et un comité professionnel local juge si le décès était évitable ou non; cette pratique a permis d'aider à faire baisser le taux de mortalité infantile dans ces pays *(13)*. Plus récemment, l'audit de tous les décès d'adultes de moins de 65 ans, dans les petites communautés des pays en développement, a aidé à clarifier le rôle des facteurs locaux comme certains risques professionnels pour la santé, certains schémas d'alcoolisme, de toxicomanie et de tabagisme ainsi que les maladies tensionnelles non soignées dans la persistance d'une mortalité élevée dans ce groupe.

L'attention peut aussi porter sur la prise en charge de certains "états repères" *(14,15)*, comme la grossesse, les infections urinaires, l'otite moyenne, la dysplasie de la hanche, l'angine de poitrine et de nombreuses autres maladies. Dans chaque cas, les résultats sont comparés aux normes pertinentes pour le diagnostic et la prise en charge.

On a observé que l'examen de certaines "activités repères" pouvait expliquer le fonctionnement de tout un système de soins de santé local ou régional. Des exemples de ces "activités repères" sont : la physiothérapie, les équipes de santé mentale dans les centres de santé, les dispensaires de dépistage ou de préadmission dans les hôpitaux et les salles d'urgence. Ces activités sont plus sensibles que d'autres à un écart éventuel par rapport au rôle qu'elles sont censées jouer (norme) à l'appui d'autres sections de l'établissement ou du système et dans la coordination générale entre les activités.

Méthode d'observation

Les superviseurs recourent d'ordinaire à la méthode d'observation pour évaluer et améliorer l'accomplissement des actes techniques, ainsi les entretiens avec les malades, les examens médicaux, la collecte d'échantillons de sang, la stérilisation des instruments, le pansement d'une plaie, les opérations chirurgicales, etc. Cette méthode peut être assortie de listes de contrôle qui doivent être dressées avec soin, en conformité avec les normes pertinentes *(5)*. Les dossiers audiovisuels des actes tels qu'ils sont accomplis, et tels qu'ils devraient être exécutés, constituent un matériel éducatif utile pour l'assurance de la qualité.

Par mesure d'économie, et pour plus de discrétion, les deux méthodes – l'audit des dossiers et le recours à l'observation directe ou "de terrain" – peuvent se limiter à certains domaines très restreints à l'intérieur de l'établissement ou du système que nous pouvons appeler "points sentinelles". Ces points devront être déplacés de temps en temps.

Utilisation de normes

Pour déterminer le niveau qualitatif relatif du travail accompli, des normes doivent être fixées et utilisées pour chaque type d'activité et d'acte. De telles normes existent en abondance. Nombre d'entre elles sont consignées dans les manuels d'accréditation des hôpitaux et d'autres organisations de soins de santé, dans les directives sur l'information, la programmation et l'évaluation sanitaires ainsi que dans les publications sur l'évaluation de la qualité *(16,17)*. Le défi, pour les responsables sanitaires, en particulier dans les pays en développement, est donc de pouvoir limiter l'emploi de ces normes à celles qui sont adaptées à leurs services de santé et qui correspondent aux mesures du travail accompli qu'ils peuvent effectuer sans surcharger leurs systèmes d'information ni détourner leurs personnels de leurs fonctions de base. De plus, les indicateurs de qualité qui sont finalement choisis devraient être ajustés en fonction du temps dont disposent les équipes de santé et les responsables des établissements pour leur analyse. En effet, il importe que les indicateurs soient entièrement compris et utilisés au niveau local par ceux qui accomplissent effectivement les activités.

Algorithmes

D'un autre point de vue, plus général, les indicateurs devraient satisfaire aux exigences de base de validité et de fiabilité. Cela est plus facile lorsque les informations sur le travail effectivement accompli et la formulation des normes correspondantes sont exprimées en termes strictement logiques. Les normes formulées de cette manière sont connues comme des arbres logiques ou algorithmes. Bon nombre d'entre elles ont été publiées et elles peuvent servir d'exemples pour l'élaboration des normes requises par les hôpitaux et les centres de santé d'un pays *(18)*. Une composante d'un exemple simple, concernant un pays en développement, est décrite dans l'Encadré 3.

Dans cet exemple, une valeur numérique de l'indicateur du travail de qualité est obtenue par l'attribution d'une note à chacune des sections de l'instrument qui correspondent au cas particulier du décès maternel ou périnatal. La notation est régie par les règles qui accompagnent les normes.

Dans le cas d'un décès maternel dû à un placenta praevia, dans l'exemple donné, les notes auraient pu être fixées comme suit :

Point 18	Moins de	3	heures	0
		3-5	"	1
		6-8	"	2
		9-11	"	3
		12-14	"	4
		15-17	"	5
		18-20	"	6
		21-23	"	7
		24-35	"	8
		36 et plus	"	8
Point 19		Oui		0
		Non		9
Point 20		Oui		0
		Non		9

Par conséquent, si dans un cas particulier la patiente était arrivée à l'hôpital avec 12 heures de retard, si la prise en charge n'avait pas été entièrement satisfaisante, et si l'urgence avait été évitable mais aucune mesure préventive appropriée n'avait été prise, la note négative brute aurait été :

4 plus 9 plus 9 points = 22.

La note négative maximum possible pour les points 18-20 était :

9 plus 9 plus 9 points = 27.

La valeur de l'indicateur négatif du travail de qualité aurait donc été :

$$\frac{22}{27} = 0{,}81.$$

Ce qui avoisine le chiffre 1, qui correspond à un décès hautement évitable.

ENCADRE 3

Normes de base pour l'audit des décès maternels et périnatals

Table des matières abrégée

Exemple concernant l'un des points :

C.2 Placenta praevia

18. **Orientation-recours initiale en temps opportun :** note attribuée en fonction du nombre d'heures écoulées entre le début de l'hémorragie – même faible – au troisième trimestre et l'arrivée à l'hôpital.

19. **Traitement adéquat** selon la catégorie diagnostique à tout moment pendant l'évolution : oui ou non.

- Prise en charge de base :

  - hospitalisation immédiate; pas de sortie avant l'accouchement;

  - préparation pour la perfusion intraveineuse; hématocrite, groupe et Rh;

  - en cas d'hémorragie importante à l'admission : césarienne urgente, sauf en cas de raison particulière de s'abstenir;

  - dans d'autres cas, et si la patiente n'est pas en travail :

    a) en cas de placenta occlusif, césarienne à froid à la 37e semaine;

    b) en cas de placenta non occlusif, attendre l'accouchement normal à l'hôpital;

- s'il n'y a pas urgence, mais dans l'un des cas suivants, procéder à une césarienne à froid : multiparité élevée, dystocie, souffrance foetale, hémorragie continue ou césarienne antérieure.

20. **Prévention de la situation d'urgence**, selon l'état particulier de la patiente : oui ou non.

- Multiparité élevée et antécédents de placenta praevia ou d'exploration utérine ou d'avortement septique : la grossesse aurait dû être évitée;

- présentation dystocique persistante au troisième trimestre : déterminer l'emplacement du placenta.

Méthodes d'évaluation du travail accompli d'après les résultats

Les résultats obtenus par un établissement sont des indicateurs importants de la qualité de ses activités. Les méthodes utilisées pour les mesurer et les évaluer reposent principalement sur les dossiers des hôpitaux et des centres de santé *(19)*, qui indiquent les tendances et les niveaux de ces données, comme la mortalité hospitalière, la proportion des malades dont l'état est amélioré à leur sortie, les admissions répétées, le pourcentage des infections hospitalières, et d'autres variables citées au chapitre V.

Des informations complémentaires sur les résultats devraient être recueillies au moyen de l'utilisation périodique d'autres instruments :

- entretiens à domicile avec les malades quelques semaines après leur sortie afin de connaître leur état de santé;

- tests sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant des sujets de santé pertinents, appliqués aux malades;

- enquêtes d'opinion sur le travail accompli par les établissements auprès des usagers, des dispensateurs de soins, des responsables communautaires et du grand public;

- examen des orientations-recours et du réacheminement de malades au service d'origine.

VII. ORGANISER LA SURVEILLANCE ET L'EVALUATION DU TRAVAIL ACCOMPLI DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTE

Aucun mécanisme organisationnel "nouveau" n'est requis pour évaluer le travail accompli. La planification et la programmation, basées sur la surveillance et l'évaluation, sont - dans tous les cas et dans toutes les situations - un impératif essentiel de la gestion.

La surveillance et l'évaluation devraient porter sur l'ensemble du travail accompli, qui comprend les aspects quantitatifs des activités organisationnelles et des actes, leur qualité et leurs résultats.

Le matériel brut pour tout cela se trouve - ou devrait se trouver - dans le système d'information "normal" de tout service de santé. Les méthodes épidémiologiques fournissent les indications indispensables pour le choix des aspects du travail accompli qui sont les plus importants en un lieu donné et à un moment donné, et donc ce qu'il convient de surveiller en premier lieu.

Indicateurs pour la surveillance et l'évaluation

Les principaux indicateurs du travail accompli peuvent être tirés du contenu des chapitres IV, V et VI, et de diverses autres sources *(1,2,3,5,6,9)*. Ils peuvent être regroupés en catégories, comme suit :

- Indicateurs de résultats

  - impact sur les dommages pour la santé;
  - impact sur les risques pour la santé;
  - autres produits des activités.

- Activités

  - leurs types, leur nombre et leurs caractéristiques quantitatives secondaires comme la couverture, la concentration et le coût unitaire;
  - leur qualité;
  - le degré de collaboration avec d'autres secteurs et organisations sociales.

L'interprétation de ces indicateurs nécessite aussi l'inclusion de données sur les ressources qui ont été utilisées.

Evaluation et assurance de la qualité

Le relatif regain d'intérêt qui s'est manifesté récemment pour l'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé conduit à quelque chose de plus important que la diffusion d'instruments méthodologiques et de normes proposées. Il encourage à envisager la possibilité et la nécessité pour les équipes qui dispensent les soins au niveau local d'utiliser les informations existantes et, ce faisant, de produire elles-mêmes des informations.

Pour accroître cette sensibilisation et faciliter l'utilisation des informations pour l'analyse du travail accompli, certains mécanismes organisationnels ont été mis à l'essai ou proposés. Les plus connus sont les comités hospitaliers qui traitent de certains aspects de la qualité : infections nosocomiales, anatomopathologie, audit des décès hospitaliers, exactitude des rapports de laboratoire, etc. Il est intéressant de noter qu'on trouve moins fréquemment des comités portant sur les aspects quantitatifs du travail accompli concernant la population et les ressources – couverture, coût, égalité d'accès – ou la satisfaction des usagers et du personnel.

Les "cercles" pour l'étude de la qualité constituent un mécanisme moins formel pour une découverte, une explication et une solution plus stimulantes et créatives des problèmes de qualité par les personnels concernés. Les membres des "cercles" sont appelés à désigner les problèmes de qualité qu'ils perçoivent dans leur travail quotidien et à analyser leurs causes et la façon dont ces problèmes peuvent être surmontés, principalement en améliorant leurs propres pratiques.

Des mécanismes élargis, recouvrant de nombreux établissements de soins de santé dans une région ou un pays, ont été créés. Des normes et des instruments d'évaluation sont mis au point, acceptés et diffusés; l'engagement des hôpitaux à leur égard peut être volontaire *(16)* ou imposé par les règlements officiels. Tout le système peut améliorer son travail par des comparaisons, une émulation et une coopération. Il est peut-être préférable de mettre en place un tel mécanisme élargi d'assurance du travail accompli sous la forme d'un comité interhôpitaux auquel la participation est volontaire, les experts du ministère de la santé jouant un rôle consultatif.

Qui évalue ?

L'évaluation extérieure sera certainement plus objective que l'autoévaluation et elle devrait être utilisée chaque fois que cela est possible; il est impératif qu'elle soit effectuée par des spécialistes pairs de haut niveau. Toutefois, elle devrait être considérée comme le complément et non comme le substitut d'une surveillance et d'une évaluation régulières par les acteurs eux-mêmes.

VIII. UTILISATIONS DES MESURES DU TRAVAIL ACCOMPLI : ANALYSE AXEE SUR L'AMELIORATION

Le but de la mesure du travail accompli est d'assurer le meilleur service possible : efficace, opportun, humain et économiquement efficace. Son rôle est spécialement important dans les établissements publics où elle peut aider à éviter ou à réduire leur image commune de services de deuxième classe pour des personnes de deuxième classe.

Solution des problèmes

La stratégie la plus simple pour maintenir ou améliorer le travail accompli consiste à reconnaître les problèmes existants, en trouver la cause et choisir les solutions les plus efficaces et les plus réalisables.

Où résident, en général, les principaux déterminants des insuffisances du travail accompli ? En premier lieu, dans l'environnement de l'établissement : sa direction, sa gestion, son organisation et ses capacités techniques. En deuxième lieu, dans les ressources humaines et autres qui sont utilisées. En troisième lieu, chez

les usagers, dans leurs problèmes personnels et dans leur culture. Et, enfin, dans le climat social et administratif général.

Dans chaque situation particulière, il faudra recourir à l'approche fondée sur la solution des problèmes pour déterminer la situation précise des causes pertinentes. Il s'agit là d'une analyse rétrograde ou inverse, qui procède pas à pas à partir des stades ultimes ou des résultats d'un processus vers ceux qui les ont précédés. Par exemple, dans un hôpital où le taux de mortalité ou des accidents chirurgicaux est supérieur à la moyenne, on pourra commencer par se renseigner sur les points suivants :

- Types de malades vus : sont-ils plus âgés et leur état est-il plus grave que celui des malades vus dans les hôpitaux moyens de la même catégorie ?

- Les normes sont-elles connues du personnel ?

- Le cas échéant, les normes pour les activités pertinentes sont-elles effectivement respectées ?

- La quantité des activités est-elle suffisante ?

Si les étapes ci-dessus ne donnent pas une explication suffisante, demandez encore si :

- La qualité des ressources est suffisante – catégories, formation et expérience du personnel, adéquation des installations physiques, médicaments disponibles, etc. Existe-t-il des normes relatives à ces points ?

- La quantité des ressources est suffisante et l'équilibre entre les ressources est approprié.

- L'explication réside davantage dans les problèmes d'organisation et de gestion ou de direction.

- Sinon, les programmes présentent des lacunes.

- Ou il existe des insuffisances dans les politiques et les plans institutionnels.

Interventions en vue d'une amélioration

La reconnaissance de la cause ou des causes des insuffisances dans le travail accompli devrait certes grandement aider à formuler un programme pour y remédier. Mais les interventions utiles appartiennent à un nombre limité de catégories *(5)*, à savoir :

- information et sensibilisation du personnel aux problèmes, par une analyse fondée sur la participation, par exemple en "cercles de qualité";

- formation du personnel;

- encadrement éducatif et surveillance;

- formulation, explication et/ou diffusion des normes pertinentes;

- mesures de l'organisation ou de la réorganisation des services ou établissements concernés ou du système de soins de santé;

- adaptation des ressources disponibles aux normes de qualité et de quantité;

- accent sur l'éthique professionnelle de l'assurance de la qualité;

- utilisation de l'évaluation du travail accompli comme le principal critère pour l'affectation des ressources aux systèmes locaux et aux établissements.

Ecueils des efforts d'amélioration du travail accompli

En concevant, choisissant et menant à bien ces efforts pour améliorer le travail accompli, on veillera à éviter certains écueils possibles. L'un de ceux-ci, comme indiqué ci-dessus, est la prolifération et/ou la complexité excessive des indicateurs et des normes qui augmentent les coûts, réduisent la faisabilité des actes, sont mal accueillies par le personnel intéressé, réduisent leur participation, et nuisent à l'exactitude et à la fiabilité des informations produites.

Un écueil plus dangereux encore est le manque de souplesse et l'absence d'examen et de révision réguliers des indicateurs et des normes utilisés. La rigidité, à l'évidence, peut avoir l'effet opposé aux résultats souhaités, faute de tenir compte de l'évolution continue de la morbidité, de la technologie et des organisations sociales.

Les mesures du travail accompli, comme critère pour l'affectation des ressources, doivent être utilisées avec beaucoup de soin, compte tenu des conséquences potentielles pour les usagers.

Certains s'attendent à ce que la mesure du travail accompli et la participation du personnel aux discussions amènent des améliorations, sans qu'il en coûte rien. Il y a naturellement une limite à cela et, le moment venu, les autorités sont contraintes d'augmenter les ressources ou de réorganiser le système. En d'autres termes, la mesure et l'évaluation du travail accompli ne sont pas en soi une panacée pour les problèmes institutionnels graves qui se posent aux services de soins de santé ou à tout autre type de service.

GLOSSAIRE*

Accréditation : Méthode d'évaluation de la qualité axée sur les caractéristiques des ressources et leur organisation. Processus qui conduit à la certification de la compétence technique d'un établissement.

Activité repère : Activité qui est particulièrement sensible dans son accomplissement qualitatif et/ou quantitatif aux problèmes concernant la coordination, la communication et la complémentarité des activités et des unités à l'intérieur d'un système local.

Approche fondée sur la solution des problèmes : Analyse inverse des faits procédant étape par étape depuis les résultats ou les stades ultimes d'un processus vers ceux qui les précèdent jusqu'à ce que les causes d'un problème reconnu apparaissent.

Audit (médical) : Méthode d'évaluation de la qualité qui examine l'accomplissement des activités au moyen de l'examen des dossiers cliniques et d'autres documents pertinents.

Concentration (des activités de soins de santé) : Rapport entre le nombre des activités d'un type donné et le nombre des personnes pour lesquelles ces activités sont exécutées.

Coût unitaire (d'une activité) : Produit de la division des dépenses par le nombre des activités d'un type donné produites avec ces ressources financières. C'est la variable de base pour évaluer l'efficience économique.

Couverture : Rapport entre la population desservie par une activité et la population qui a besoin de cette activité.

Echelle (de mesure) : Il existe quatre types d'échelles :

- échelles nominales, où un chiffre ne sert qu'à désigner une classe d'objets;
- échelles ordinales, où les chiffres attribués utilisent la propriété de l'ordre;
- échelles d'intervalles, où des distances numériquement égales représentent des distances empiriquement égales pour un aspect donné des objets;
- échelles semi-logarithmiques, où il existe un zéro absolu et où on peut affirmer que deux rapports égaux entre des mesures différentes représentent la même relation entre les quantités réelles correspondantes. Le cas le plus simple est celui des mesures obtenues par comptage des objets (nombre), où il y a un zéro véritable (aucun objet) et, par exemple, la fraction 12/8 est égale à la fraction 3/2.

Plus la position sur l'échelle est élevée, plus les opérations pouvant être effectuées avec les chiffres résultant des mesures sont nombreuses.

Efficience : Rapport entre le coût unitaire des activités ou des effets d'un système et le coût unitaire des mêmes activités ou effets produits par un autre système comparable.

---

* Glossaire des termes utilisés dans le présent document.

Fiabilité : Capacité d'une technique de mesure à donner les mêmes résultats pour des mesures répétées (ou des mesures effectuées par différents observateurs) du même objet ou du même fait.

Indicateur : Mesure choisie pour montrer de façon concise - ou par procuration - l'ampleur d'un phénomène.

Maladie repère : Maladie qui constitue une occasion spéciale de recenser les problèmes fréquents et importants liés à la prise en charge des malades, et qui peut donc servir à évaluer la qualité.

Norme : Description de la façon dont une activité ou un acte devrait être accompli; ou description des caractéristiques qu'une ressource (un instrument) devrait avoir.

Points (ou sites) sentinelles : Zones limitées et leur population, choisies pour la surveillance continue de certains faits concernant la santé et certains processus de soins de santé. Il s'agit d'obtenir des informations fiables et représentatives d'une manière économique. Ces zones diffèrent des zones "pilotes" ou "modèles" dans la mesure où aucune action spéciale n'est mise en oeuvre à des fins d'amélioration. Mais le fait qu'elles soient soumises à observation peut, à la longue, réduire leur représentativité : il convient donc de les remplacer périodiquement par d'autres sites. Ce concept est proche de celui de "zones d'enregistrement" utilisé dans la collecte des statistiques démographiques.

Précision : Aptitude à indiquer la valeur d'une mesure en unités séparées par des espaces infimes.

Validité : Degré dans lequel un test ou un indicateur mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. *L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines.* OMS, Série de Rapports techniques, N° 819, Genève, 1992

2. Jolly, D. & Gerbaud, I. *Réflexions sur l'hôpital de demain.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1992 (document OMS WHO/SHS/CC/92.1)

3. Organisation mondiale de la Santé. *Rôle des centres de santé dans le développement des systèmes de santé des villes.* OMS, Série de Rapports techniques, N° 827, Genève, 1992

4. Montoya-Aguilar, C. Appropriate provision and management of services. In: WHO Regional Office for Europe, *Measurement in health promotion and protection.* OMS, Série européenne N° 22. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1987

5. Roemer, M. & Montoya-Aguilar, C. *Evaluation et assurance de la qualité des soins de santé primaires.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1988 (publication offset N° 105)

6. Montoya-Aguilar, C. Guia para una strategia de evaluacion y garantia de calidad de los sistemas de atencion de salud. In: *Los sistemas locales de salud* (Paganini, J. M. & Capote-Mir, R., eds.) Panamerican Health Organization, Washington, D.C., 1990

7. Brotherston, J. H. F. Research in hospital use in the United Kingdom. In: *Conference on research in hospital use*, US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service and American Hospital Association, Chicago, 1963

8. Guilford, J. P. *Psychometric methods.* Kogakusha Co. Ltd., Tokyo, 1954

9. Noack, H. & Abelin, T. Conceptual and methodological aspects of measurement in health and health promotion. In: *Measurement in health promotion and protection.* OMS, Série européenne N° 22. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1987

10. Montoya-Aguilar, C. (1981) Hospitals and primary health care. *World Hospitals*, **17/3:** 22-25

11. Heidemann, E. G. *Les normes aujourd'hui dans les soins de santé.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1993 (document OMS WHO/SHS/DHS/93.2)

12. Bernard, R. P. & Sastrawinata, S. Hospital-based maternity care monitoring as a tool for improvement of primary maternity case services. In: WHO Regional Office for Europe, *Measurement in health promotion and protection.* OMS, Série européenne N° 22. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1987

13. Gattini, C., Solis, V., Zurita, D. *Estrategias y prioridades de la atencion de salud de nivel primario para la prevencion de las defunciones infantiles.* Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Planificacion, Santiago, 1992

14. Kessner, D. M. et al. (1973) Assessing health quality - the case for tracers. *New England Journal of Medicine*, **288:** 189-194

15. Rutstein, D. D. et al. (1983) Sentinel health events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. *American Journal of Public Health*, **73:** 1054-1062

16. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. *Accreditation manual for hospitals* and *Ambulatory health care standards manual,* Chicago, 1988

17. Panamerican Health Organization/World Health Organization. *La garantia de calidad : acreditacion de hospitales para America Latina y el Caribe.* Washington, D.C., 1991

18. Essex, B. *Management of obstetric emergencies in a health centre.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1978

19. de Kok, H. J. G. & Hamel, J. L. *Annual hospital reports in the context of primary health care.* Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1986 (document non publié SHS/TLH/86.1)

= = =