52758

WHO/SHS/DHS/94.5
Distr.: LIMITÉE
Original: Anglais

E. 52102

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'OMS SUR L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Genève, 18-20 mai 1994

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

TABLE DES MATIERES

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

RESUME ANALYTIQUE

Introduction

Un groupe de travail de l'OMS sur l'assurance de la qualité dans les pays en développement s'est réuni à Genève, du 18 au 20 mai 1994, pour examiner les principes de l'assurance de la qualité dans les pays en développement et les domaines où une collaboration et un suivi conjoint sont possibles.

Discussion sur l'assurance de la qualité

Après les exposés du Professeur Avedis Donabedian et du Dr W. M. Jackman, les participants sont convenus que l'assurance de la qualité reposait sur une bonne conception des systèmes et sur l'évaluation continue des résultats, débouchant sur des activités appropriées d'éducation et de motivation et sur l'adaptation du système.

Le groupe de travail a examiné plusieurs caractéristiques communes à l'assurance de la qualité classique, à la gestion totale de la qualité et à d'autres méthodes de gestion de la qualité. Pour être viable, l'assurance de la qualité doit être une activité continue mettant en oeuvre l'une quelconque des méthodes susmentionnées, afin de promouvoir des services de santé efficaces, qui satisfont à des normes de plus en plus élevées répondant directement aux besoins des patients et de la communauté, dans la limite des ressources disponibles. L'expression "assurance de la qualité" désigne donc ici toute action faisant appel à une méthode appropriée.

Expérience des pays et des organismes représentés

Des données d'expérience sur l'assurance de la qualité dans certains pays ont été présentées au groupe de travail afin de donner un aperçu des efforts faits pour promouvoir et appliquer l'assurance de la qualité dans les pays en développement. Des projets d'assurance de la qualité étaient exécutés dans des hôpitaux en Egypte et en Zambie, avec un financement extérieur. En Malaisie, le système d'assurance de la qualité est fondé non plus sur une approche centralisée (indicateurs nationaux), mais sur des activités à la base (au niveau des établissements). Il existe encore peu de données sur la viabilité de l'assurance de la qualité des soins de santé primaires dans les pays en développement disposant de ressources très limitées.

Tous les organismes participants ont présenté un bilan de leurs efforts pour promouvoir et développer l'assurance de la qualité dans les pays en développement. La CBO a décrit les organismes néerlandais qui s'occupent d'assurance de la qualité et les principes fondamentaux de son action de conseil en la matière dans les pays d'Europe centrale et orientale et d'Asie du Sud-Est. La Banque mondiale a présenté plusieurs études préliminaires sur l'assurance de la qualité, ainsi qu'un nouveau système Internet concernant la qualité des soins. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) a décrit la situation actuelle de l'assurance de la qualité aux Etats-Unis et a exposé ses projets d'assistance en Europe centrale et orientale, au Moyen-Orient et en Amérique latine. Le University Research Corporation Quality Assurance Project (URC/QAP) a donné des informations sur toute une série de projets d'assurance de la qualité réalisés dans plus de 20 pays en développement, selon une approche ciblée. L'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (USAID) a présenté son programme décennal global d'assurance de la qualité qui va jusqu'en 1995; avec un budget de US $24 millions, elle est intervenue dans 25 pays et elle a mis au point des matériels de formation à l'assurance de la qualité adaptés à la situation de chaque pays.

L'Agence danoise pour le Développement international a mis l'accent sur trois aspects essentiels de l'assurance de la qualité dans les pays en développement. Premièrement, on ne peut pas s'attendre à ce que les prestataires de services soient portés à appliquer des normes d'assurance de la qualité là où des groupes

Note : Des listes des participants et de la documentation sur l'assurance de la qualité qui peut être obtenue auprès des membres du groupe de travail (programmes de formation, monographies, simulations informatiques, etc.) figurent dans les appendices.

d'intérêts médicaux pourraient être menacés. Deuxièmement, les indicateurs de la qualité des soins ne doivent pas devenir "une fin en soi", dénaturant la prestation des services de santé dans les pays qui ont un système autoritaire, axé sur la réalisation d'objectifs précis. Troisièmement, dans les pays où la conception traditionnelle de la maladie et du traitement est souvent très différente de celle des services médicaux occidentaux, il peut être difficile de définir la notion d'assurance de la qualité.

Discussion générale

Pendant la réunion, plusieurs questions ont été abordées, mais n'ont fait l'objet d'aucune décision ni d'aucun accord. Quelques-unes des idées avancées au cours du débat sont résumées ci-après, pour information.

Les étapes suivantes – Propositions pour l'action future

Les participants ont proposé plusieurs activités de coopération :

1) Obtenir l'acceptation professionnelle de l'assurance de la qualité dans les écoles de médecine et de soins infirmiers, et dans tous les établissements d'enseignement sanitaire.

2) Encourager les travaux de recherche multicentres en coopération pour déterminer comment l'assurance de la qualité peut être : viable et d'un bon rapport coût/efficacité pour les soins de santé primaires; applicable à la médecine traditionnelle; acceptable en tant que système de valeurs dans différents contextes culturels; et en rapport avec les progrès continus des techniques de gestion modernes.

3) Améliorer la formation à l'assurance de la qualité par la mise en oeuvre de programmes conjoints et le partage des matériels de formation.

4) Utiliser les structures centrales, régionales et nationales de l'OMS pour promouvoir l'assurance de la qualité, formuler des directives, échanger des bourses, coordonner la recherche, etc.

5) Améliorer les relations entre les pays et les organismes en encourageant :

a) l'organisation de réunions informelles pour partager des informations et des données d'expérience sur l'assurance de la qualité dans les pays en développement;

b) la tenue de réunions annuelles du groupe de travail pour évaluer l'état d'avancement des activités d'assurance de la qualité (succès et échecs) et pour prévoir de nouveaux domaines de coopération; et

c) l'utilisation du système Internet QCare, établi par la Banque mondiale.

1. TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL

Un groupe de travail de l'OMS sur l'assurance de la qualité dans les pays en développement s'est réuni à Genève, du 18 au 20 mai 1994, avant la Onzième Conférence annuelle de l'International Society for Quality Assurance in Health Care (ISQA).

La réunion a été organisée par l'OMS pour examiner quatre aspects de l'assurance de la qualité dans les pays en développement. Ses objectifs particuliers étaient les suivants :

1) Passer en revue le programme d'activités actuel et prévu des organismes et des pays participants dans le domaine de l'assurance de la qualité.

2) Etudier des moyens d'intensifier l'action en faveur de l'assurance de la qualité.

3) Identifier les domaines où l'assurance de la qualité reçoit actuellement peu d'attention et centrer l'action sur ces domaines.

4) Examiner les domaines où mener une action en collaboration et un suivi conjoint.

Les pays représentés étaient la Malaisie, la Zambie et les Etats-Unis d'Amérique. Les organismes qui ont participé à la réunion étaient l'Agence danoise pour le Développement international, la Banque mondiale, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, la National Organization for Quality Assurance in Hospitals (CBO) des Pays-Bas, la JCAHO, le QAP/University Research Corporation et le Secrétariat de l'OMS (appendice A).

La réunion s'est ouverte le mercredi 18 mai 1994, à 9 heures, par un discours de bienvenue du Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général. Le Dr K. Kalumba (Zambie) a été élu Président, et le Dr Maimunah Hamid (Malaisie) a été élu Rapporteur. La réunion s'est terminée le vendredi 20 mai 1994, à 11 h 45.

2. DISCUSSION SUR L'ASSURANCE DE LA QUALITE

2.1 Introduction

Malgré le développement d'un jargon technique qui obscurcit parfois les idées centrales, les approches de l'assurance de la qualité ont toutes un objectif commun : l'évaluation des résultats effectifs et leur comparaison avec des prévisions ou des normes. Toute méthode d'assurance de la qualité implique des modifications pour améliorer la prestation des services de santé et, par voie de conséquence, l'état de santé.

L'assurance de la qualité dans le domaine de la médecine et des soins de santé a de profondes racines historiques en tant que méthode pour détecter, analyser et résoudre les problèmes relatifs à la prestation des soins. Mais, bien souvent, elle a été utilisée à tort pour désigner et sanctionner les responsables de soins aux malades de médiocre qualité, ce qui a suscité une large opposition des professionnels.

Vers le milieu des années 80, les professionnels de la santé ont découvert une conception de la gestion et des méthodes d'amélioration de la qualité appliquées dans l'industrie japonaise, mais découlant des travaux menés aux Etats-Unis par des pionniers comme Walter Shewhart, W. Edwards Deming, et Joseph Juran. Cette conception et ces méthodes ont été énoncées en un modèle de gestion totale de la qualité qui est parfois perçu comme une variante des méthodes plus classiques d'assurance de la qualité des soins de santé.

Un système de gestion totale de la qualité est un système dans lequel chaque unité organisationnelle et chaque membre de l'organisation utilisent régulièrement et systématiquement des outils et des méthodes d'assurance de la qualité pour améliorer leur travail. La culture de l'organisation est caractérisée par le souci de développer le potentiel de chaque membre du personnel, par la vocation des responsables à soutenir et entraîner, et par un système d'incitations au perfectionnement continu. Cette orientation est étayée par la conviction que les problèmes de qualité sont plus sûrement imputables aux systèmes ou aux ressources qu'aux défaillances des individus.

La gestion totale de la qualité fait appel à un certain nombre d'outils empruntés à l'industrie. Le plus typique est le contrôle statistique des procédés. Il existe aussi des outils descriptifs et analytiques simples (histogrammes, courbes de Pareto, diagrammes de dispersion, diagrammes des causes et effets, etc.) que le personnel doit connaître et maîtriser.

De l'avis du groupe de travail, les caractéristiques de la gestion totale de la qualité décrites précédemment (et d'autres qui ne sont pas mentionnées ici) concordent avec les meilleures méthodes d'assurance de la qualité employées de longue date dans le domaine des soins de santé. Actuellement, l'assurance de la qualité dans ce domaine fait appel aux outils classiques de l'épidémiologie et de l'examen par les pairs, ainsi qu'aux méthodes applicables du contrôle statistique des procédés. Il est admis que, lorsque les résultats s'écartent des prévisions, il faut procéder à une analyse minutieuse pour identifier les causes

profondes de cette divergence. Celle-ci peut être due au travail des individus, mais elle peut être liée aussi à la conception des méthodes de travail dans l'organisation. Mettant à profit les outils du contrôle de la qualité dans l'industrie, basée sur l'épidémiologie et ancrée dans la motivation professionnelle pour l'autoperfectionnement, l'assurance de la qualité des soins de santé peut être un moyen crucial d'améliorer la santé dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés.

A la suite des exposés du Professeur Avedis Donabedian et du Dr W. M. Jackman, il a été convenu, en tant que principe directeur, que l'assurance de la qualité reposait sur une bonne conception du système et sur l'évaluation continue des résultats, débouchant sur des activités appropriées d'éducation et de motivation et sur l'adaptation du système. Le groupe de travail est convenu en outre que l'expression "assurance de la qualité" désignait l'ensemble des méthodes d'évaluation des résultats et d'ajustement (y compris la gestion totale de la qualité), visant à améliorer les soins de santé, dans l'intérêt de la santé et du bien-être de la population.

La section suivante de ce rapport s'appuie sur des pratiques et des expériences diverses pour faire la synthèse des points essentiels et énoncer les principes d'une assurance efficace de la qualité. Ces données d'expérience et ces principes peuvent guider l'exécution de diverses activités d'assurance de la qualité, de manière à répondre aux besoins spécifiques de chaque pays en développement.

2.2 Définition de l'assurance de la qualité en vue de son application pratique

Le groupe de travail a identifié un certain nombre de caractéristiques communes à l'assurance de la qualité classique, à la gestion totale de la qualité et à d'autres méthodes de contrôle de la qualité. L'expression "assurance de la qualité" désigne donc ici les éléments essentiels de ces différentes méthodes, qui sont résumés ci-après :

1) Objectifs - L'assurance de la qualité est une activité organisée permettant d'obtenir des renseignements sur l'efficacité de services de santé, d'évaluer leur mode de prestation, d'en expliquer les causes, de prendre des mesures pour améliorer les soins et de vérifier les effets de ces mesures sur les résultats.

L'assurance de la qualité est une activité continue au cours de laquelle les étapes décrites ci-dessus sont constamment répétées dans un double but :

a) déterminer si les services de santé fonctionnent comme prévu;
b) améliorer leur fonctionnement et le rendre plus constant.

2) Normes - Un accord préalable sur la définition de normes de performance adéquates et l'adhésion permanente à ces normes conditionnent la viabilité de l'assurance de la qualité.

La capacité d'évaluer les résultats et de responsabiliser les prestataires est renforcée par l'existence de normes écrites décrivant les mesures et les procédés qui influent sur les résultats, et par leur communication à ceux qui doivent les appliquer. Tous les procédés, cliniques et autres, peuvent être spécifiés par des directives écrites. Ces dernières doivent être fréquemment revues et mises à jour.

L'application des normes exige la contribution de nombreux intervenants, tels que le personnel de santé clinique et autre, les patients et les fournisseurs.

La notion de bonne performance porte sur l'efficacité et l'utilité des soins de santé et sur leur acceptabilité pour les consommateurs, dans le cadre de directives et de limites définies selon des critères sociaux.

3) Champ d'application - L'assurance de la qualité peut être effectuée à chaque niveau du système de santé, du niveau national au niveau communautaire et à celui des unités et sous-unités institutionnelles. L'exigence de qualité peut refléter des priorités et des impératifs différents à chaque niveau, les méthodes pouvant être modifiées en conséquence.

La portée et le but de l'évaluation de la qualité peuvent également varier, l'accent pouvant être mis essentiellement sur la qualité des soins cliniques ou, dans une perspective plus large, sur la qualité de tous les services qui contribuent à la fonction clinique.

4) Techniques - L'assurance de la qualité fait appel à diverses méthodes pour décrire et évaluer les résultats et déceler les causes. D'une manière générale, elle applique des méthodes épidémiologiques et d'autres méthodes quantitatives, organisationnelles et éducatives.

Parmi les nombreuses méthodes employées pour identifier les problèmes et les améliorations possibles, il faut citer :

a) la notification, l'identification et la solution des problèmes par des équipes de participants appropriées;

b) la surveillance systématique au moyen de sondages d'opinions et par un contrôle statistique;

c) l'évaluation des résultats à l'aide d'indicateurs mesurables, d'avis spécialisés, de cercles de qualité, de repères, etc.

5) Organisation - L'assurance de la qualité est une fonction distincte qui doit relever d'une autorité bien définie, au sein des ressources et des compétences. Toutefois, au niveau des sous-unités organisationnelles, elle repose principalement sur les personnes les plus proches du lieu où les services sont fournis et où les produits sont fabriqués.

Le principal objectif de l'assurance de la qualité est de faire en sorte que tous ceux qui sont concernés par les soins de santé concourent à leur qualité, soient attentifs aux problèmes et aux possibilités d'amélioration et soient prêts à prendre l'initiative des changements nécessaires pour améliorer les soins. L'assurance de la qualité a donc une fonction non pas répressive, mais essentiellement corrective, puisqu'elle vise à laisser libre cours, autant que possible, aux capacités d'expression et de réalisation autonomes de chacun.

6) Priorité - L'assurance de la qualité doit tenir compte des ressources disponibles localement et des conditions politiques, économiques et sociales locales pour déterminer :

a) les besoins;
b) les normes à adopter;
c) les méthodes à employer.

Son but est d'utiliser au mieux les ressources disponibles pour garantir l'efficacité, l'utilité et l'acceptabilité des services de santé, dans le cadre de directives et de limites définies selon des critères sociaux.

7) Vue d'ensemble - En cherchant des moyens d'améliorer la qualité des soins de santé, l'assurance de la qualité reconnaît le rôle fondamental de la conception des systèmes et des procédés, mais elle tient compte aussi du rôle de tous les intervenants dans le système de soins de santé, dont les connaissances, les compétences et les attitudes conditionnent la continuité de l'assurance de la qualité, laquelle est le garant du maintien de services de santé efficaces, qui tiennent compte des ressources disponibles et des besoins des patients et de la communauté. Cela suppose :

a) une planification à plus long terme pour chaque unité de santé (vision, mission, position, action) pour créer un environnement organisationnel propice au maintien des activités d'assurance de la qualité;

b) l'existence de normes écrites conciliant les besoins des clients, les valeurs collectives, l'opinion des professionnels de la santé et les ressources disponibles;

c) la communication de ces normes et leur "appropriation" par le personnel de santé professionnel et non professionnel, dans l'ensemble de l'unité de santé;

d) un contrôle continu pour vérifier la validité des normes et leur application;

e) un système pour améliorer les prestations et réviser les plans.

Dans la pratique, l'assurance de la qualité obéit donc à une série de priorités, dont la plus importante est l'amélioration maximale de la santé et du bien-être (des individus et des communautés), de la façon la plus simple et la moins coûteuse possible.

Mais l'assurance de la qualité vise aussi à montrer en permanence les conséquences de l'accroissement (ou de la réduction) des ressources allouées aux soins de santé pour les individus et pour la collectivité.

3. EXPERIENCE DES PAYS EN MATIERE D'ASSURANCE DE LA QUALITE

3.1 Egypte (Exposé du Dr W. M. Jackman)

Le Ministère égyptien de la Santé a organisé, dans cinq hôpitaux publics pilotes, un programme de recouvrement des coûts pour la santé (CRHP), ayant pour but d'améliorer la qualité des soins et de faire en sorte que les patients aient une meilleure perception de la qualité des services pour qu'ils acceptent d'en supporter le coût.

Le Quality Assurance Project (QAP) aide à réaliser des activités d'assurance de la qualité dans deux de ces hôpitaux (Hôpital du 15 mai et El Kantara Gharb). Des ateliers sur les principes et les méthodes de l'assurance de la qualité ont été organisés à l'intention du personnel du Ministère de la Santé, du CRHP, de la mission de l'AID des Etats-Unis d'Amérique, des hôpitaux pilotes et des autres hôpitaux. Des comités d'assurance de la qualité ont été créés à l'Hôpital du 15 mai. Dans le cadre de la planification de la qualité, plusieurs domaines où des améliorations sont nécessaires ont été mis en évidence, et des équipes ont été chargées d'évaluer les procédures en salle d'opération et dans les services de pédiatrie, d'obstétrique et gynécologie, de lutte contre les infections, et d'orthopédie, ainsi qu'à la réception de l'hôpital. Des progrès ont été enregistrés et documentés. Des études sur l'infrastructure et l'organisation sont en cours pour assurer la continuité de l'assurance de la qualité.

Le Ministère de la Santé s'est montré intéressé par l'organisation de l'assurance de la qualité au niveau national et, au début de 1994, le Dr Avedis Donabedian a présidé une conférence organisée au Caire à l'intention de 30 cadres supérieurs de santé. Le QAP a également assuré une formation à l'assurance de la qualité et a fourni une assistance pour un certain nombre d'activités de soins de santé concernant les micronutriments et faisant appel à des techniques de groupe pour la solution des problèmes.

3.2 Malaisie (Exposé du Dr Maimunah Hamid)

Le programme d'assurance de la qualité, établi officiellement en 1985, a pour objectif général de faire en sorte que les patients, leurs familles et la communauté tirent le maximum de profit des services du Ministère de la Santé, dans la limite des ressources disponibles.

Le Ministère de la Santé fournit actuellement des services de santé complets à 90 % de la population et, en 1986, le cinquième plan quinquennal (1986-1990) a marqué l'avènement de la gestion de la qualité.

Par la méthode de la résolution des problèmes, plusieurs indicateurs de qualité ont été élaborés pour surveiller la qualité dans des domaines d'intérêt communs. L'accent a été mis sur les soins aux malades,

l'utilisation des ressources et la satisfaction des patients. Au niveau national, la surveillance de la qualité repose sur l'évaluation des résultats, tandis qu'au niveau local, les établissements procèdent couramment à l'évaluation des méthodes.

Le programme d'assurance de la qualité de la Malaisie a d'abord fonctionné "de haut en bas", à l'aide d'indicateurs nationaux. Mais, au bout de cinq ans, une évaluation a montré qu'il fallait mettre davantage l'accent sur l'assurance de la qualité à la base, au niveau des établissements. Cette approche a été adoptée parallèlement à celle des indicateurs nationaux. Elles sont résumées ci-dessous.

La première approche est une forme standardisée du système de suivi et d'information en retour, fondé sur des indicateurs permettant de surveiller la qualité dans des domaines d'intérêt communs. Le personnel de santé local au niveau des établissements ou des districts est informé de son rôle dans la collecte et l'exploitation de l'information. Les données recueillies permettent de comparer les résultats à l'intérieur des établissements et entre eux.

Les établissements ou les districts qui n'appliquent pas les normes doivent :

a) examiner et vérifier les résultats;
b) déterminer les causes des insuffisances observées;
c) définir des mesures correctives;
d) prendre des dispositions particulières pour améliorer la qualité.

L'efficacité des mesures correctives appliquées au niveau local est évaluée au cours du cycle suivant de collecte de données, qui a lieu normalement une à deux fois par an.

La seconde approche met l'accent sur la solution des problèmes locaux par le personnel local. Des comités locaux d'assurance de la qualité sont chargés d'évaluer et de surveiller la qualité des soins au niveau local.

L'assurance de la qualité est axée sur la solution des problèmes, conduisant à l'élaboration de projets d'assurance de la qualité. L'information est utilisée directement par les responsables locaux, et un rapport d'activité est soumis au niveau national. **Des comités pluridisciplinaires sont constitués au niveau national, au niveau des Etats et des districts, ou au niveau des établissements.**

La formation à l'assurance de la qualité est essentielle pour assurer la continuité du programme d'assurance de la qualité. Dans la première phase du programme, la priorité a été donnée à la recherche d'un consensus. Les efforts de développement des capacités ont débuté en 1980, le but étant de former à l'assurance de la qualité une masse critique de professionnels, au sein du système. La formation repose sur l'apprentissage par la pratique, plutôt que sur des cours théoriques.

L'objectif est maintenant de consolider l'assurance de la qualité en tant qu'outil de gestion afin de parvenir à la gestion de la qualité. Les responsables politiques et gouvernementaux et les professionnels de la santé ont clairement affirmé leur rôle dirigeant et leur engagement. Le récent programme d'amélioration de la qualité du service public et la déclaration du Premier Ministre sur les perspectives à l'horizon 2020 donnent une vigoureuse impulsion aux activités dans le domaine de l'assurance de la qualité.

3.3 Etats-Unis d'Amérique (Exposé du Dr W. Jessee)

Aux Etats-Unis, les professionnels de la santé considèrent de plus en plus l'amélioration de la qualité comme un processus continu et cyclique, s'appliquant à tous les niveaux du système de prestation des soins de santé – du niveau national au niveau local et à celui des établissements et des sous-unités – ainsi qu'aux procédés cliniques.

Ce cycle, qui met en jeu des individus, des ressources et des systèmes, peut être décrit de la façon suivante : définition d'objectifs, conception de méthodes pour atteindre ces objectifs, évaluation des

prestations (méthodes et résultats), comparaison des résultats effectifs avec les prévisions (ou les normes), et analyse des causes des insuffisances observées.

Des normes sont utilisées depuis longtemps dans l'assurance de la qualité aux Etats-Unis. Ces normes sont fixées par des organismes privés (comme pour l'agrément et la certification) ou par des organismes publics (pour la délivrance des licences d'exercice). La comparaison des résultats effectifs avec les normes se fait au moyen d'enquêtes dans les établissements de santé. Les normes sont appliquées non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux organismes de soins à domicile, aux programmes de santé mentale, aux maisons de santé, aux centres de soins primaires, aux laboratoires, etc.

La Joint Commission est la plus importante des organisations privées à but non lucratif qui fixent des normes et effectuent des enquêtes dans les établissements pour détecter les insuffisances et encourager l'amélioration des prestations. Les organismes publics ont des programmes analogues et font appel de plus en plus souvent aux organismes privés pour satisfaire aux impératifs de transparence sans financement public (l'enquête étant financée par l'organisme et non par l'Etat).

On observe actuellement une tendance à compléter les normes par des indicateurs de performance. Le projet de réforme du système de santé proposé par le Gouvernement Clinton prévoit notamment l'établissement de "fiches d'enregistrement des résultats", qui comporteraient, entre autres, des critères de mesure relatifs à la prévention (taux de vaccination), au dépistage précoce (taux de cytodétection et de dépistage du cancer du sein) et aux résultats (incidence du faible poids à la naissance et taux de mortalité par type d'intervention).

Certains ont préconisé le remplacement des normes par des indicateurs de performance pour l'assurance de la qualité. Toutefois, de l'avis de la majorité, les normes et les indicateurs de performance sont complémentaires – les premières indiquent les résultats futurs probables, tandis que les seconds mesurent les performances passées. Par ailleurs, les "fiches de performance" sont peut-être simples en théorie mais, dans la pratique, elles seraient difficiles à utiliser.

On commence seulement à se pencher sur le problème de la fiabilité et de la validité des données et du coût de l'acquisition et de la notification.

La Joint Commission collabore actuellement avec plusieurs pays pour les aider à élaborer des normes et des méthodes pour les enquêtes d'agrément. Avec l'AID des Etats-Unis d'Amérique, nous opérons dans les Etats nouvellement indépendants et en Europe orientale. Nous aidons aussi le Royaume d'Arabie saoudite à mettre sur pied un programme d'agrément et, de concert avec l'OPS, nous fournissons à l'Argentine, au Brésil et à l'Uruguay des services consultatifs concernant les normes et l'agrément.

Au cours des dernières années, nous avons aussi reçu des missions d'étude venues d'Australie, de Chine, du Japon, de Malaisie, de Nouvelle-Zélande, d'Espagne, de Suède, de Suisse et du Royaume-Uni. En outre, nous avons récemment passé un contrat avec le Peace Corps pour évaluer les services de santé sur les sites où des volontaires sont envoyés, et pour aider à améliorer la qualité de ces services.

3.4 Zambie (Exposé du Dr K. Kalumba)

Une étude d'évaluation de la qualité des soins par les bénéficiaires, demandée par la Banque mondiale en août 1992, a été réalisée par le groupe EUROSANTE. L'objectif était d'obtenir des indicateurs préliminaires pour évaluer les différences dans la qualité des soins fournis en milieu rural et en milieu urbain et dans la perception de la qualité des soins par les bénéficiaires.

Cette étude a révélé la nécessité d'une assurance de la qualité, la population rurale se plaignant de l'éloignement et du manque de personnel, et la population urbaine de la pénurie de médicaments et de l'attitude des agents de santé. Les activités d'assurance de la qualité menées en Zambie en 1993-1994 sont résumées ci-après.

En février 1993, une conférence nationale sur l'assurance de la qualité a été organisée pour parvenir à un consensus sur la nécessité de l'assurance de la qualité et pour établir une note d'information nationale. Quarante-huit cadres supérieurs de santé et des représentants de l'Association de Défense des Consommateurs y ont participé. Il a été proposé d'introduire l'assurance de la qualité dans tous les districts, parallèlement au programme de renforcement des capacités au niveau des districts. Toutefois, en raison du manque de crédits, il a finalement été décidé de commencer par trois districts pilotes seulement en 1993-1994.

En avril-mai 1993, des ateliers sur l'assurance de la qualité ont été organisés dans trois districts cibles afin de sensibiliser les praticiens aux buts et aux principes de cette activité, de former des comités d'assurance de la qualité et de faciliter la désignation d'agents de contact pour l'assurance de la qualité. Un manuel de formation pour l'élaboration de programmes d'assurance de la qualité a été établi.

En juillet 1993, un atelier a été organisé à Siavonga pour présenter à une "masse critique" de professionnels de santé la notion de norme et les outils d'évaluation. Cet atelier a abouti à la définition de normes de base pour les soins cliniques, les soins infirmiers, la santé publique et le diagnostic. Les normes jugées appropriées ont été appliquées dans les districts cibles. L'atelier devait être convoqué de nouveau en mai 1994 pour définir d'autres normes.

En octobre-novembre 1993, un stage de formation de deux jours a été organisé à l'intention du personnel clé qui serait chargé de diriger les activités d'assurance de la qualité. Un comité national d'assurance de la qualité a été constitué et il s'est ensuite réuni régulièrement. Des ateliers de diffusion des normes d'assurance de la qualité ont été organisés dans les zones cibles pour présenter la notion de norme, pour examiner les normes définies à Siavonga et pour adopter les normes qui conviennent au niveau des districts.

Entre janvier et mars 1994, les coordonnateurs de l'assurance de la qualité ont passé trois semaines à Kuala Lumpur pour tirer des enseignements du programme d'assurance de la qualité de la Malaisie. Un atelier a été organisé à l'intention des administrateurs de programmes au niveau central pour présenter la notion d'"indicateurs" et fixer au moins un indicateur par programme. Les administrateurs doivent maintenant définir les indicateurs à utiliser au niveau des districts.

4. EXPERIENCE DES ORGANISMES EN MATIERE D'ASSURANCE DE LA QUALITE

4.1 CBO, Pays-Bas (Exposé du Dr E. Reerink)

Aux Pays-Bas, trois organismes soutiennent des activités d'assurance de la qualité dans d'autres pays.

Le Royal Tropical Institute (RTI) d'Amsterdam opère principalement à travers les contacts qu'il a établis avec un petit nombre de pays en développement. Il donne la priorité à l'enseignement et au développement de l'organisation. L'accent est mis sur l'amélioration des soins de santé par le biais de l'épidémiologie, de l'organisation des soins et des sciences sociales appliquées.

Le Ministère des Affaires étrangères, à La Haye, ne s'occupe pas officiellement de recherche-développement, mais, par l'intermédiaire de sa Direction générale de la Coopération internationale, il est en train de redéfinir sa mission et il va recentrer ses objectifs pour y inclure l'amélioration des soins de santé par l'assurance de la qualité dans les pays qu'il sert.

Le troisième organisme est la CBO (Organisation nationale pour l'assurance de la qualité des soins de santé), créée en 1979, à Utrecht. La CBO, qui est un centre collaborateur de l'OMS pour l'assurance de la qualité des soins de santé, a établi des liens avec un petit nombre de pays et soutient des activités d'assurance de la qualité en fournissant une assistance technique et en contribuant au développement des programmes.

Chaque organisme s'occupe d'un petit nombre de pays. La Direction générale de la Coopération internationale et le RTI opèrent principalement en Afrique et dans certains pays d'Amérique latine et d'Asie.

La CBO - centre collaborateur de l'OMS - s'occupe principalement des pays d'Europe centrale et orientale et, occasionnellement, de pays d'Asie du Sud-Est. Les travaux accomplis en 1993-1994 dans le domaine de l'assurance de la qualité sont les suivants :

1) Soutien au développement de l'assurance de la qualité en Indonésie, en Malaisie et en République populaire de Chine, à la demande des bureaux régionaux de l'OMS.

2) Assistance au Bangladesh, à la demande de la Banque mondiale.

3) Etablissement de contacts avec les gouvernements de certains pays d'Europe orientale bénéficiant de projets de recherche-développement émanant de la Commission européenne à Bruxelles.

4) Etablissement de contacts avec les Gouvernements de la République de Corée et de l'Arabie saoudite.

5) Réponse à des demandes émanant de collectivités locales et de particuliers de nombreux pays, comme la République de Slovénie.

Les activités de la CBO dans le domaine de l'assurance de la qualité reposent sur les principes suivants :

1) Le soutien en matière d'assurance de la qualité est destiné principalement aux professionnels de la santé. Ce principe tient compte de l'évolution de l'assurance de la qualité dans les pays d'Europe occidentale où l'accent est mis sur la responsabilité professionnelle en la matière, sur l'assistance aux professionnels par le biais d'organismes comme la CBO aux Pays-Bas, le VIK en Belgique, et l'ANDEM en France, sur la non-intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la qualité et sur leur soutien par l'adoption d'une législation appropriée.

2) Le pays bénéficiaire est libre de choisir les moyens à mettre en oeuvre pour améliorer les soins de santé et procéder à l'assurance de la qualité en fonction de ses besoins et de ses priorités dans le domaine des soins de santé.

3) Aucun système de valeurs étranger ni aucun jugement sur la qualité des soins ne peuvent être imposés au pays bénéficiaire.

4) Le développement de l'assurance de la qualité se fait de bas en haut et par paliers, puisque cela implique une innovation; il fait appel aux méthodes de "recherche-action" et de "développement de l'organisation" et nécessite peu d'expériences et d'études pilotes.

L'assistance technique nécessaire pour organiser et maintenir des activités d'assurance de la qualité dans le cadre du système de santé d'un pays varie en intensité et en coût. Une assistance limitée et peu coûteuse peut porter sur l'éducation, le transfert d'informations, la sensibilisation et la motivation. Une assistance technique aux niveaux local et régional sera plus efficace et plus coûteuse. Enfin, une assistance de haut niveau sera centrée sur les programmes nationaux et le développement de systèmes avec les activités de suivi nécessaires. D'une manière générale, on manque de crédits pour financer cette assistance.

4.2 Agence danoise pour le Développement international (Exposé du Dr F. Schleiman)

L'Agence danoise pour le Développement international a une expérience très limitée des projets d'assurance de la qualité de grande envergure. Elle procède cependant depuis longtemps à la planification des projets axée sur des objectifs, selon l'"approche du cadre logique" et elle met l'accent sur les systèmes d'information de gestion, sur la recherche opérationnelle, sur la supervision constructive et, plus récemment, sur la gestion décentralisée de la santé au niveau du district. Cela se traduit par des plans d'intervention qui englobent la plupart des aspects de l'assurance de la qualité. Dans les projets de l'Agence, la qualité des prestations est explicitement considérée comme un élément crucial.

Un projet pilote d'assurance de la qualité est exécuté depuis un an avec le concours de l'Agence, dans le cadre du programme de soutien au secteur de la santé en Zambie. Bien que ce programme se déroule de façon satisfaisante, son extension à l'ensemble du pays à partir des trois districts pilotes sera différée, car l'exécution des activités d'assurance de la qualité s'est révélée plus compliquée que prévu.

L'Agence inclura vraisemblablement des activités d'assurance de la qualité dans ses futurs programmes de soutien au secteur de la santé. L'expérience montre cependant que certains dangers et certains problèmes doivent être pris en considération :

1) L'assurance de la qualité présuppose souvent que les prestataires de services ont la volonté d'améliorer la qualité des soins et ont un intérêt à le faire. Or, cela n'est manifestement pas toujours le cas, car il existe de nombreux groupes d'intérêt; on a observé, par exemple, que les médecins du secteur public qui ont une clientèle privée s'opposent aux efforts faits pour améliorer les services de santé publique.

2) Lorsque l'on choisit des indicateurs et que l'on examine leurs incidences, il faut veiller tout particulièrement à ce qu'ils ne deviennent pas une fin en soi, ce qui altérerait la prestation des services. Le risque est particulièrement grand dans les pays qui privilégient la réalisation d'objectifs précis et/ou qui possèdent un système de surveillance autoritaire et répressif.

3) La définition de la qualité des soins pose des problèmes considérables, surtout dans les pays en développement où la population a une conception et une perception de la maladie et du traitement souvent très différentes de celles des prestataires des services médicaux essentiellement modernes.

4) Il est donc possible de fournir un service de santé moderne de qualité sans accroître la satisfaction des usagers. C'est le cas lorsque les patients ne comprennent pas ou n'acceptent pas les méthodes modernes de diagnostic et de traitement, et lorsque les prestataires sont étrangers à leurs croyances et à leurs attentes.

5) Enfin, il faut mettre en balance les ressources nécessaires pour organiser l'assurance de la qualité et les avantages qu'elle peut procurer. Dans de nombreux pays, les déficiences du système de santé sont si profondes qu'un système d'assurance de la qualité ne permettrait pas d'y remédier; celui-ci pourrait être mis en place ultérieurement et plus progressivement.

4.3 Quality Assurance Project – Centre for Human Services (Exposé du Dr D. D. Nicholas)

Le Quality Assurance Project (QAP) a fourni une assistance à plus de 20 pays au cours des trois dernières années. L'intérêt croissant pour les pays en développement s'explique entre autres par l'effort de démocratisation, par le droit des patients à des soins de qualité, par l'obligation d'améliorer la qualité pour instituer le recouvrement des coûts et par la nécessité d'accroître l'efficacité pour économiser les maigres ressources.

Les activités du QAP dans les pays ont porté sur plusieurs aspects de l'assurance de la qualité, tels que : les structures nationales, le plaidoyer, le renforcement des capacités et l'essai de différentes approches. L'objectif général des programmes du QAP était de faire connaître les avantages de l'assurance de la qualité, de donner une expérience de l'application de l'assurance de la qualité aux programmes de santé prioritaires et, en dernière analyse, de promouvoir l'institutionnalisation de l'assurance de la qualité pour l'amélioration des soins, de l'efficacité et de la qualité de la vie.

Le QAP a adopté une démarche très souple et pragmatique pour aider de nombreux pays à élaborer un programme d'assurance de la qualité, comme suit :

Bolivie : envoi d'une équipe d'assurance de la qualité pour aider le personnel hospitalier à réaliser des études sur l'amélioration de la qualité des soins, portant sur des problèmes importants, comme les taux d'infection après césarienne.

Chili : assistance à un bureau national d'assurance de la qualité pour mettre en place un système décentralisé d'assurance de la qualité des soins de santé primaires dans les 15 régions du pays.

Equateur : envoi d'un conseiller résident pour aider plusieurs pays d'Amérique latine à appliquer les méthodes d'assurance de la qualité afin d'améliorer et de garantir la qualité du traitement du choléra.

Egypte : assistance au Ministère de la Santé pour institutionnaliser l'assurance de la qualité dans cinq hôpitaux pratiquant le recouvrement des coûts.

Guatemala : recherche en matière d'assurance de la qualité pour identifier les méthodes ayant le meilleur rapport coût/efficacité qui pourraient être appliquées par le personnel d'encadrement pour évaluer le travail des agents de santé exécutant des tâches essentielles dans le domaine des soins de santé primaires.

Honduras : recherche en matière d'assurance de la qualité afin de tester et valider des méthodes pour améliorer la communication entre le médecin et le malade.

Indonésie : fourniture d'une assistance technique pour l'évaluation de la qualité des soins; assistance pour l'établissement de normes d'assurance de la qualité et d'un système de surveillance pour la fourniture de services de planification familiale à long terme dans les hôpitaux.

Jordanie : fourniture d'une assistance pour la mise en place d'une direction nationale de l'assurance de la qualité et pour l'exécution d'un projet pilote d'assurance de la qualité dans les hôpitaux et les centres de soins de santé primaires dans l'une des huit régions du pays.

Malawi : fourniture d'une assistance technique pour l'évaluation de la qualité des soins.

Niger : envoi d'un conseiller résident pour aider à élaborer un programme d'assurance de la qualité dans la région de Tahoua, faisant appel à la fois aux méthodes classiques et aux méthodes de gestion totale de la qualité.

Nigéria : collaboration avec l'Université Johns Hopkins pour l'élaboration de programmes d'assurance de la qualité dans plusieurs zones de démonstration de l'administration locale et dans le cadre de plusieurs programmes nationaux pour la survie de l'enfant et la planification familiale.

Philippines : assistance au Ministère de la Santé pour l'application de l'assurance de la qualité en vue d'améliorer la qualité des programmes de micronutriments et le traitement ambulatoire de la tuberculose.

Trinité-et-Tobago : recherche en matière d'assurance de la qualité pour tester et valider des moyens d'améliorer la communication entre le médecin et le patient.

Le QAP a organisé des séminaires de sensibilisation à la qualité, à l'intention des directeurs d'hôpitaux à la Jamaïque, du personnel du Ministère de la Santé au Costa Rica et en Zambie, et d'organisations bénévoles privées en Thaïlande. En collaboration avec la Fondation Aga Khan, il a établi une série de modules d'information qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins de santé primaires et des services d'appui.

4.4 Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (Exposé du Dr J. Heiby)

Depuis 1985, l'Office de la Santé a investi US $24 millions dans des activités d'assurance de la qualité dans 25 pays. L'élément central de ce programme est le Projet d'assurance de la qualité (QAP), exécuté par le Centre for Human Services, l'Université Johns Hopkins et l'Academy for Educational Development.

Ce projet prendra fin en septembre 1995. D'autres activités relatives à la qualité exécutées par d'autres services de l'Agence ont été achevées ou sont en cours, notamment le projet CCCD réalisé dans 11 pays africains, le programme pour la population mondiale et un programme d'aide aux Etats nouvellement indépendants.

Depuis peu, la question de la qualité des services de santé et de planification familiale est prise en compte dans les documents de stratégie de l'Agence et dans la liste des indicateurs utilisés pour suivre les résultats des projets. La stratégie de l'Agence en matière de santé privilégie les services axés sur la survie de l'enfant mais reconnaît la nécessité d'aborder la question plus générale de la réforme des systèmes de santé.

Le QAP vise à développer, perfectionner et institutionnaliser les méthodes d'assurance de la qualité dans le cadre des systèmes de santé des pays coopérants. Il fournit actuellement une assistance technique à long terme à six pays, et il a fourni une assistance à court terme dans le domaine de l'assurance de la qualité à 14 autres pays.

Le QAP a élaboré une série de cours de formation partiellement homogènes portant sur l'assurance de la qualité. Les thèmes de ces cours sont les suivants :

1) Sensibilisation - Séminaire de 1 à 3 jours destiné à donner un aperçu de l'assurance de la qualité et de la nature des problèmes de qualité.

2) Solution des problèmes - Cours de 1 à 2 semaines portant sur les méthodes d'assurance de la qualité pouvant être employées pour améliorer la qualité des soins cliniques et non cliniques.

3) Normes - Cours portant sur la conception de normes efficaces et sur la communication de ces normes à ceux qui doivent les appliquer.

4) Dynamique de groupe - Cours sur l'utilisation efficace des groupes dans le domaine de l'assurance de la qualité.

5) Planification - Atelier moins structuré visant à aider les cadres supérieurs à planifier un programme global d'assurance de la qualité.

6) Etude des coûts et de la qualité - Cours de 3 jours à l'intention des chercheurs qui souhaitent étudier les relations entre les aspects qualitatifs et les coûts associés.

Le projet comporte des activités de recherche visant à affiner et adapter les outils et les méthodes d'assurance de la qualité en vue de leur application dans les pays en développement. Ces études nécessitent généralement la collecte de données et des interventions qui sortent du cadre normal de l'assurance de la qualité et qui sont exécutées habituellement par des organismes extérieurs. Voici quelques exemples :

1) Conseils aux patients - Une méta-analyse de la littérature publiée sur la communication interpersonnelle dans les pays développés a permis d'identifier plusieurs principes régissant l'effica cité des conseils aux patients et de définir ainsi les grandes lignes de ce processus. Ces principes ont été validés dans le cadre d'études au Honduras et d'une étude en cours à Trinité-et-Tobago.

2) Comparaison des méthodes d'évaluation de la qualité - Une étude en cours au Guatemala vise à évaluer le rapport coût/efficacité de diverses méthodes pouvant être employées par le personnel d'encadrement de terrain pour évaluer la qualité de différents types de services cliniques, selon un plan d'intervention prospectif.

3) Evaluation de la qualité à la base - Plusieurs évaluations externes de la qualité ont été effectuées dans 15 pays en développement, principalement par l'observation structurée de plus de 10 000 interactions entre les patients et les prestataires de soins. Cela a permis de déterminer le taux d'application des normes du programme.

Le QAP a commencé à établir une base de données informatisée contenant les résultats et les descriptifs des projets, et il publie deux rapports périodiques. Il a également établi des documents techniques plus longs, qui résument son approche technique globale, analysent les questions d'institutionnalisation, examinent les méthodes d'incitation à l'amélioration de la qualité et présentent un résumé de plusieurs cours de formation.

Le QAP participe aussi activement aux réunions internationales, comme celle de l'ISQA, et il parraine régulièrement des participants. En outre, il coparraine une conférence sur les questions d'assurance de la qualité intéressant les pays en développement, qui précède celle de l'ISQA.

Une simulation informatique relative aux compétences en matière d'assurance de la qualité a été établie; cette technologie est actuellement appliquée à un programme de formation interactive pour la prise en charge intégrée des enfants malades. Dans le cadre du projet, l'Université Johns Hopkins a préparé et présenté le premier cours théorique traitant spécialement des questions d'assurance de la qualité dans les pays en développement.

Le QAP a élaboré des méthodes d'assurance de la qualité dans des domaines techniques particuliers, comme la prise en charge des cas de tuberculose, la supplémentation en micronutriments, la prise en charge intégrée des enfants malades et les programmes de lutte contre le choléra. En outre, il aide la Banque mondiale et le Gouvernement indonésien à mettre au point un programme d'assurance de la qualité à grande échelle.

La gestion globale et l'évaluation des programmes d'assurance de la qualité, la collecte de données empiriques sur la relation entre le coût et la qualité, et la formulation d'une stratégie de recherche globale pour adapter les méthodes d'assurance de la qualité en vue de leur application dans les pays en développement sont quelques-unes des grandes questions qui n'ont pas encore été abordées dans le cadre du projet.

4.5 Banque mondiale (Exposé du Dr W. de Geyndt)

Il y a peu de temps que les projets soutenus par la Banque mondiale prennent clairement en compte les questions d'assurance de la qualité et prévoient des mesures pour améliorer la qualité des soins de santé. Cette évolution est déterminée à la fois par la demande et par l'offre, le personnel de la Banque et les pays emprunteurs étant de plus en plus conscients des avantages que procure un effort soutenu pour améliorer la qualité des services offerts à la population.

Parmi ces avantages, il faut citer l'utilisation plus rationnelle des ressources, la réduction possible des coûts unitaires, une meilleure utilisation des services, l'usage plus rationnel des médicaments, une orientation en faveur des usagers et la participation des bénéficiaires.

Un document d'introduction et d'information très complet sur la gestion de la qualité des soins de santé dans les pays en développement a été publié, et des séminaires de formation à l'assurance de la qualité sont organisés à l'intention du personnel.

La Banque a pris l'initiative importante d'organiser un réseau électronique mondial utilisant Internet.[1] Le réseau QCare, inventé par le Dr Jean-Louis Lamboray, a pour but de créer une "autoroute internationale de l'information, accessible gratuitement" reliant tous les professionnels qui s'intéressent aux questions d'assurance de la qualité et qui travaillent dans ce domaine. Le réseau QCare permettra à ses utilisateurs de partager des données d'expérience et d'obtenir ou de proposer une aide pour résoudre des problèmes de qualité particuliers.

[1] L'adresse Internet pour accéder au réseau QCARE est : PHNLINK at worldbank.org.

4.6 Organisation mondiale de la Santé

A. Exposé du Dr F. Siem Tjam, Division du Renforcement des Services de Santé

Depuis sa création, l'OMS concentre son attention sur deux grands domaines : d'une part, l'assistance technique aux pays dans le cadre d'activités particulières, comme les programmes axés, par exemple, sur la tuberculose, la lèpre ou le paludisme; et, d'autre part, les activités centrées sur les infrastructures de santé dans les pays, comme l'information, la mise en valeur des ressources humaines et le renforcement des services de santé.

Dans le domaine de l'assurance de la qualité, l'OMS se préoccupe de :

1) la qualité du service, l'accent étant mis sur la validité technique, compte tenu des ressources disponibles et des contraintes culturelles; cet aspect relève de la première catégorie de programmes;

2) la qualité des prestations, l'accent étant mis sur l'administration, l'organisation et la gestion des services de santé, compte tenu des ressources disponibles et des impératifs politiques.

En 1982, le Bureau régional de l'Europe a publié une étude d'Hannu V. Vuori, intitulée "L'assurance de la qualité des prestations de santé : concepts et méthodes" et, en 1985, l'OMS a publié un document de M. I. Roemer et C. Montoya-Aguilar, intitulé "L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires". Par la suite, pour encourager l'adoption des méthodes d'assurance de la qualité, une réunion a été organisée à Shanghai (Chine), en 1990, pour la Région du Pacifique occidental et une autre à Pyong Yang (République populaire démocratique de Corée), en 1992, pour la Région de l'Asie du Sud-Est. En 1993, une consultation pour les pays en développement a eu lieu à Maastricht (Pays-Bas), avant la réunion de l'ISQA; cette consultation a été organisée pour la première fois en collaboration avec l'Agence danoise pour le Développement international et l'AID des États-Unis d'Amérique.

Aujourd'hui, l'OMS étudie la possibilité d'organiser des réunions de ce genre, destinées à promouvoir l'assurance de la qualité, dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Il semble nécessaire, par ailleurs, d'élaborer des directives techniques pour les pays en développement qui envisagent d'introduire l'assurance de la qualité dans les systèmes de santé et les établissements de santé de district. A cette fin, il est envisagé de convoquer une réunion pour formuler des directives techniques concernant l'assurance de la qualité dans les hôpitaux et/ou les centres de santé de district.

Une autre activité plus stratégique consisterait à soutenir l'organisation d'une réunion entre donateurs et organismes d'exécution participant à la promotion et à la mise en oeuvre de l'assurance de la qualité dans le monde entier, eu égard en particulier aux pays en développement.

B. Exposé du Dr W. N. Gibbs, unité "Technologie de laboratoire de santé et Sécurité du sang"

Bien souvent, les planificateurs et les décideurs sous-estiment l'importance de la contribution des services de laboratoire à la qualité des soins aux patients. Pourtant, des services de qualité contribuent directement à la réduction de la mortalité et de la morbidité et à la diminution du coût des services de santé; ils y contribuent aussi indirectement par leur impact social et économique.

Partout dans le monde, les programmes de formation des professionnels de santé travaillant en laboratoire mettent l'accent sur l'assurance de la qualité, et celle-ci fait partie intégrante des méthodes appliquées par les laboratoires. Pourtant, certaines autorités sanitaires estiment encore que cette activité est trop coûteuse, et certains personnels de laboratoire la jugent fastidieuse. Le problème est souvent aggravé par l'attitude équivoque de certains responsables et par le manque de supervision.

L'OMS s'est attaquée à ces problèmes par des activités de plaidoyer, pour sensibiliser les autorités sanitaires nationales en montrant que l'assurance de la qualité a un bon rapport coût/efficacité; elle a établi

et diffusé des directives et des manuels, organisé des cours de formation, facilité la formation des personnels de laboratoire et encouragé la définition et la diffusion de normes.

Au cours des 20 dernières années, l'OMS a mis en place des plans internationaux d'évaluation externe de la qualité, qui couvrent actuellement dix branches de la médecine de laboratoire et auxquels participent plus de 300 laboratoires, principalement dans les pays en développement. Ces plans permettent d'effectuer des comparaisons entre laboratoires. Bien qu'ils ne portent que sur un aspect de la composante analytique de l'assurance de la qualité, ils ont suscité un intérêt pour cette activité dans son ensemble et ont contribué aux améliorations mentionnées précédemment.

En avril 1993, l'OMS a organisé une réunion sur l'assurance de la qualité concernant la technologie de laboratoire de santé; environ 90 personnes venues du monde entier ont participé à cette réunion, qui a permis de formuler une série de recommandations pratiques et de conclusions. Un rapport complet est disponible sur demande.

Le groupe de travail sur l'assurance de la qualité pourrait maintenant examiner comment il peut contribuer à ce processus et, par voie de conséquence, à l'amélioration de la qualité des soins aux patients dans le monde entier.

C. Exposé du Dr G. P. Hanson, unité de Médecine radiologique

Depuis les années 60, l'unité de Médecine radiologique de l'OMS s'occupe des aspects interdépendants de la planification, de l'organisation, de la promotion et de l'application de l'assurance de la qualité en radiologie médicale. L'OMS a publié à ce sujet deux rapports techniques intitulés, respectivement, "Organisation des services de radiothérapie" (N° 328, 1966) et "Optimisation de la radiothérapie" (N° 644, 1980). Face à l'inquiétude suscitée dans le monde entier par la surutilisation de la radiographie diagnostique dans les années 60, l'OMS a formulé des directives pour la conception rationnelle des actes de radiodiagnostic et le choix rationnel des techniques d'imagerie diagnostique (OMS, Série de Rapports techniques, N° 689, 1983, et N° 795, 1990).

Une série de rapports sur les applications particulières de l'assurance de la qualité au niveau national pour l'organisation des services, au niveau de l'hôpital et au niveau du service clinique, ont été établis entre 1983 et 1990 dans le domaine de l'assurance de la qualité en radiologie diagnostique, en médecine nucléaire et en radiothérapie.

Pour fournir un appui technique direct aux pays et aux centres de radiothérapie, l'OMS a établi, en collaboration avec l'Agence internationale de l'Energie atomique, un réseau de laboratoires secondaires de dosimétrie, qui regroupe 70 laboratoires dans 50 pays, dont 36 pays en développement. L'OMS a aussi créé un service postal pour l'intercomparaison des doses, qui a déjà effectué environ 2500 comparaisons de mesures des rayonnements pour environ 800 centres de radiothérapie dans 90 pays. Cela a contribué à l'amélioration sensible de la qualité de ces mesures au cours des deux dernières décennies.

Dans le domaine de la radioprotection - compte tenu du fait que l'exposition aux rayonnements artificiels est imputable à 95 % environ à la radiologie médicale -, l'OMS poursuit, en collaboration avec cinq autres organisations internationales (FAO, AIEA, OIT, OCDE, OPS), le réexamen des normes de sécurité de base en matière de radioprotection. Les normes révisées contiennent des prescriptions relatives à l'assurance de la qualité, preuve de l'existence d'un lien étroit entre la gestion du risque et l'assurance de la qualité.

Comme les deux tiers environ de la population mondiale n'ont accès à aucun service d'imagerie diagnostique - la question de la qualité ne se pose donc même pas -, l'OMS s'est employée, entre 1975 et 1985, à mettre au point un "système radiologique de base", qui consiste en trois manuels de formation, en une surveillance périodique et en un appareil radiographique extrêmement simple et robuste, permettant la production de radiographies de haute qualité et exigeant peu d'entretien.

Bien que l'OMS ait cherché, depuis le début des années 60, à mettre au point un appareil radiographique répondant mieux aux besoins des pays en développement que les appareils couramment disponibles, ses efforts ont été vains; en 1970, les experts ont été unanimes pour dire qu'il fallait mettre au point un appareil de radiographie plus simple. Une équipe pluridisciplinaire a alors été chargée d'établir les spécifications d'un appareil radiographique simple et de qualité, nécessitant peu d'entretien grâce à la qualité de sa conception.

L'appareil radiographique BRS comprend un générateur de rayons X, un tube radiogène et une grille focalisée de grande qualité, et un support de tube unique; ces éléments sont reliés entre eux par un système élaboré donnant une installation de radiographie simple et optimale.

Le système BRS de l'OMS comprend aussi trois manuels de formation qui en font partie intégrante : 1) le Manuel de technique radiographique (1986); 2) le Manuel technique de la chambre noire (1985); et 3) le Manuel d'interprétation radiographique pour généralistes (1985).

4.7 Rapports des réunions ayant précédé la Conférence de l'ISQA[1] en 1993

1. Rapport de la réunion de Maastricht pour les pays en développement (Dr W. M. Jackman)

Les 18 et 19 juin 1993, des représentants de 17 pays en développement se sont réunis à Maastricht (Pays-Bas) pendant deux jours, avant la Dixième Conférence annuelle de l'International Society for Quality Assurance in Health Care (ISQA).

La réunion était organisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le QAP financé par l'AID des Etats-Unis et l'Agence danoise pour le Développement international. La National Organization for Quality Assurance in Hospitals (CBO) des Pays-Bas, et l'Université d'Etat Limburg de Maastricht ont accueilli la conférence locale et fourni des avis techniques.

Le but de la réunion était de permettre le partage des données d'expérience des pays en développement qui ont déjà entrepris d'élaborer des programmes d'assurance de la qualité. C'était aussi de formuler des recommandations sur les stratégies que les pays et la communauté internationale doivent adopter pour améliorer la qualité des soins de santé.

Les exposés ont porté principalement sur quatre aspects de l'assurance de la qualité présentant un intérêt particulier : la planification stratégique des activités d'assurance de la qualité; l'établissement de normes et le suivi de leur application; la solution des problèmes en tant qu'activité d'assurance de la qualité; le renforcement des capacités en matière d'assurance de la qualité. Les pays représentés étaient les suivants : Arabie saoudite, Chili, Costa Rica, Egypte, Guatemala, Indonésie, Iran, Jordanie, Malaisie, Mexique, Niger, Nigéria, République de Corée, Thaïlande et Zambie.

La réunion a abouti à la formulation des recommandations suivantes à l'intention des ministères de la santé, des organisations internationales, des groupes de recherche et des établissements de santé. Ces recommandations ont été présentées à l'International Society for Quality Assurance en même temps que des exposés succincts du Chili, de la Malaisie et du Niger, qui ont valu au Dr Gilda Gnecco du Chili le Prix italien, et au Dr Boukar Maina du Niger le Prix australien.

2. Rapport de la réunion des Etats nouvellement indépendants (Dr E. Reerink)

Les représentants de 11 pays d'Europe orientale se sont réunis avant la Dixième Conférence annuelle sur l'assurance de la qualité des soins de santé organisée par l'International Society for Quality Assurance in Health Care (ISQA), qui s'est tenue à Maastricht (Pays-Bas) en juin 1993. La réunion était organisée par

---

[1] Un rapport complet, intitulé "Conference Report. Consultative meeting on Quality Assurance in Developing Countries, Maastricht, Netherlands, 18-19 juin 1993", a été établi par le QAP et l'AID des Etats-Unis d'Amérique. Il peut être obtenu à l'adresse suivante : Quality Assurance Project, University Research Corporation, Center for Human Services, 7200 Wisconsin Avenue, Bethesda, MD 20814-4820, Etats-Unis d'Amérique.

la National Organization for Quality Assurance in Hospitals (CBO), avec le concours actif du Bureau régional de l'Europe, à Copenhague. L'objectif était de permettre l'échange d'opinions et de données d'expérience sur les activités d'assurance de la qualité et de désigner des acteurs de changement comme personnes à contacter pour les activités futures. Les pays participants étaient les suivants : Bulgarie, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Roumanie, Russie et Ukraine. La Slovénie et le Bélarus n'ont pas pu envoyer de délégués à la réunion et à la Conférence.

La réunion a porté sur les points suivants :

1) Plusieurs rapports écrits sur les activités menées dans les pays. Un important rapport sur l'évolution des soins de santé en Russie sera publié dans la prochaine livraison de l'International Journal for Quality Assurance in Health Care (1994, N° 1).

2) Plusieurs activités locales d'assurance de la qualité, souvent isolées. La Hongrie est apparue comme le pays le plus avancé dans ce domaine, puisqu'il existe une société hongroise d'assurance de la qualité, un programme d'assurance de la qualité opérationnel et plusieurs acteurs de changement. La participation d'hôpitaux des Etats nouvellement indépendants à l'étude européenne sur les services de santé (COMAC), qui a été lancée pendant la réunion, était centrée sur quatre thèmes (tenue des registres, prévention des plaies de décubitus, utilisation prophylactique des antibiotiques en chirurgie, et dépistage préopératoire); elle s'est avérée constructive.

3) Prise de conscience du fait que l'assurance de la qualité peut être un moyen de répondre aux besoins des pays, et nécessité de stimuler les initiatives nationales.

4) Des inquiétudes ont été formulées quant à la viabilité des programmes d'assurance de la qualité dans le cadre de systèmes de santé instables.

Les participants ont indiqué que, pour renforcer leurs activités d'assurance de la qualité, ils avaient besoin de technologie de l'information, de moyens de développement de systèmes, d'un soutien et de ressources locales et de la reconnaissance du statut de l'assurance de la qualité.

5. DISCUSSIONS

Les exposés sur les principes et sur les réalisations en matière d'assurance de la qualité ont donné lieu à un débat animé et de grande portée. Les idées principales sont présentées dans les chapitres 2 et 6. Mais beaucoup d'autres idées n'ont pas été relevées et n'ont fait l'objet d'aucun accord général. Pour donner au lecteur une idée de la richesse des échanges de vues, les discussions sur trois thèmes sont résumées ci-après. Il ne s'agit pas d'accords ou de déclarations du groupe de travail. Ce dernier a également identifié plusieurs domaines où l'assurance de la qualité reçoit actuellement peu d'attention.

Discussions sur les objectifs de l'assurance de la qualité

Il a été noté que la stratégie de l'OMS en faveur de la santé pour tous fait intervenir la notion d'assurance de la qualité, puisqu'elle tend à permettre à tout être humain d'accéder au meilleur état de santé possible.

L'adéquation et l'excellence sont deux principes fondamentaux de l'assurance de la qualité. Ils peuvent être difficiles à interpréter, mais ils doivent toujours l'être en fonction des conditions locales. Des soins cliniques de qualité au bénéfice d'une minorité dans un pays où une grande partie de la population n'a accès à pratiquement aucun soin ne peuvent guère être considérés comme adéquats au plan national. A la base, des soins de médecine générale peuvent être dispensés par des agents de santé ayant la formation requise pour fournir des services de santé adéquats, ce qui constitue une forme appropriée d'assurance de la qualité des soins.

Dans l'optique de l'utilisation efficace des ressources pour répondre aux besoins des usagers et des communautés, l'assurance de la qualité pourrait être considérée comme un moyen d'exercer un certain contrôle sur les ressources et sur les individus, ce qui n'est peut-être pas toujours facile ou faisable. A la question de savoir quelle forme d'assurance de la qualité était appliquée, le représentant d'un pays en développement a répondu : "La meilleure possible en l'état actuel des choses". Il est donc évident que le but de l'assurance de la qualité doit être de dispenser aux patients les meilleurs soins possibles dans la limite des ressources disponibles, et non d'appliquer une méthodologie particulière.

Dans les pays où le revenu par habitant est faible, il peut être bon de donner la priorité à l'assurance de la qualité des services de premier recours. Mais pour assurer l'acceptation rapide et la viabilité de l'assurance de la qualité, celle-ci pourrait porter au début sur des cibles ponctuelles, plutôt que sur l'ensemble du système de santé. Ceci dit, étant donné qu'un gain pour un projet ou un programme peut signifier une perte pour un autre, il a été reconnu que cette démarche ciblée ne devait pas occulter le risque et la viabilité pour l'ensemble du système.

Une autre question est apparue : comment établir un équilibre entre les objectifs des usagers et ceux des professionnels de la santé en matière d'assurance de la qualité. Bien que les avis des professionnels soient généralement considérés comme prépondérants du point de vue technique, les groupements d'usagers sont appelés à exercer une influence croissante. Une sorte d'"apprentissage interactif" sera donc nécessaire, tant pour les usagers que pour les professionnels de la santé.

Pour définir les objectifs de l'assurance de la qualité, il faut donc déterminer avec soin à qui elle s'adresse et comment la "qualité" est effectivement perçue. Les attentes des usagers et la participation active de la communauté au développement sanitaire peuvent devenir deux éléments dominants des futurs programmes d'assurance de la qualité.

Il a été noté en outre que les problèmes sanitaires des pays en développement ne sont guère différents de ceux que l'on rencontre dans certaines régions pauvres d'Europe et des Etats-Unis. Il se peut donc que l'expérience des pays en développement en matière d'assurance de la qualité puisse être mise à profit dans les pays industrialisés.

Discussions sur les normes d'assurance de la qualité

Les normes doivent tenir compte des problèmes locaux, des ressources et des réactions. On a constaté que les normes établies sans consulter le personnel intéressé sont généralement peu appliquées, et cela peut engendrer dans le personnel des attitudes négatives et de la méfiance.

On a constaté aussi que certains projets, financés par des donateurs et élaborés au niveau national, ne tiennent pas toujours compte des priorités locales, de sorte qu'ils donnent des résultats éphémères.

Discussions sur l'organisation de l'assurance de la qualité

Les participants ont cependant fait valoir que, pour mettre en place un système d'assurance de la qualité, il pouvait être nécessaire parfois de commencer au niveau central avant de pouvoir agir au niveau des districts et des municipalités. Dans certaines sociétés, une approche "de haut en bas" peut être nécessaire; l'application réussie de l'assurance de la qualité semble exiger une certaine stabilité politique, économique et sociale ainsi qu'une certaine stabilité du personnel. Les conditions de travail du personnel de santé peuvent être un facteur déterminant. On a constaté que le faible taux de réussite des projets d'assurance de la qualité dans certains pays pouvait être lié au taux de rotation élevé du personnel formé à l'assurance de la qualité. Néanmoins, si ce personnel reste dans le système de santé, il peut en résulter, à long terme, une plus large diffusion de l'assurance de la qualité.

L'élaboration d'un programme d'assurance de la qualité peut débuter par une simple étude des ressources disponibles, par l'identification des principaux problèmes et par la recherche de solutions à ces problèmes. Cette approche pratique ne menace aucun intérêt et s'intègre très facilement dans les activités en cours qui, à un stade ultérieur, peuvent se transformer en un programme complet d'assurance de la qualité.

A propos de l'échange de matériels, il a été dit que le QAP, financé par l'AID des Etats-Unis d'Amérique, avait établi des matériels de formation spécifiques et généraux qui pouvaient être partagés avec d'autres pays et d'autres organisations. Les participants ont cependant fait remarquer qu'une simple adaptation des méthodes n'était peut-être pas toujours possible car les conditions nationales peuvent être très différentes; il pouvait donc être nécessaire de sélectionner les modèles d'assurance de la qualité en fonction de leur similarité et de leur utilité.

Par exemple, la prescription excessive de médicaments par les médecins constitue un problème d'assurance de la qualité qui nécessite non pas une action complexe, mais une organisation permettant de faire de l'assurance de la qualité une valeur culturelle dans l'ensemble du système de santé. De nombreux problèmes d'assurance de la qualité découlent de l'absence de surveillance dans un contexte autorisant la perpétuation de services de qualité médiocre – par exemple, de services de radiographie.

Il peut donc être nécessaire de planifier à moyen et long terme l'activité de chaque unité de santé (vision, mission, position, action) pour pouvoir établir un programme d'assurance de la qualité durable. En outre, la reconnaissance de l'assurance de la qualité en tant que discipline de santé ayant un statut professionnel dans tous les programmes de formation sanitaire serait un atout.

La gestion de l'information peut se faire au moyen d'un système informatisé ou non. On a cependant constaté que, dans certains cas, l'utilisation d'ordinateurs était un important facteur de motivation du personnel.

Il a été signalé que, dans l'industrie, la gestion totale de la qualité avait tendance à être remplacée par les concepts plus récents de réorganisation et de restructuration. Les retombées de cette tendance dans le domaine des soins de santé ne sont pas encore connues.

Enfin, les participants ont souligné que l'échange d'informations sur les échecs était important pour mieux comprendre les difficultés d'exécution rencontrées dans les pays.

Domaines où l'assurance de la qualité reçoit actuellement peu d'attention

Les participants ont estimé par ailleurs qu'il existait un rapport complexe entre le coût et la qualité. Il faudrait disposer de données empiriques pour mieux comprendre le lien entre la qualité et les modes d'organisation, de gestion et de financement des services de santé. Il serait souhaitable de clarifier certains points, comme l'impact de la décentralisation, de la privatisation et des systèmes d'assurance publics et privés sur la qualité des soins dans des populations bien définies.

Des recherches plus poussées pourraient indiquer comment l'assurance de la qualité peut influer sur l'intégration opérationnelle des activités cliniques et non cliniques. Il pourrait être nécessaire aussi d'examiner les normes qui peuvent être appliquées actuellement avec les ressources disponibles localement, et qui encouragent néanmoins l'amélioration des prestations.

6. LES ETAPES SUIVANTES – PROPOSITIONS POUR L'ACTION FUTURE

Les participants ont proposé pour l'avenir plusieurs activités de coopération, qui sont décrites ci-après.

A. Encourager l'acceptation professionnelle de l'assurance de la qualité :

1) en incorporant l'assurance de la qualité dans les programmes d'enseignement de base et avancé de toutes les écoles de médecine, de soins infirmiers et de santé publique, et en conférant à l'assurance de la qualité un statut professionnel en tant qu'élément des soins de santé;

2) en faisant reconnaître l'importance de l'assurance de la qualité par les groupes civils s'intéressant à la santé, tels que les associations de femmes, les éducateurs sanitaires, les législateurs, les médias, etc.

B. Soutenir des activités de recherche multicentres menées en coopération pour déterminer comment faire en sorte que l'assurance de la qualité soit :

1) viable et d'un bon rapport coût/efficacité dans le domaine des soins de santé primaires, si les ressources locales sont limitées;

2) appliquée aux pratiques de la médecine traditionnelle;

3) établie en tant que système de valeur dans différents contextes culturels;

4) associée aux nouveaux modes de gestion (réorganisation, restructuration, satisfaction des prestataires et des usagers, etc.);

5) améliorée par la reconnaissance de l'usager comme élément central dans la définition de normes et l'évaluation des prestations (par exemple, en étudiant l'utilité d'une fiche d'enregistrement des réactions du patient dans chaque dossier médical).

C. Améliorer la formation à l'assurance de la qualité :

1) au moyen d'ateliers de formation organisés conjointement;

2) en distribuant gratuitement les matériels de formation existants;

3) en élaborant conjointement de nouveaux matériels de formation et des programmes informatiques;

4) en établissant et en diffusant des simulations, des études de cas et des exercices pour l'apprentissage actif;

5) en soutenant la formation de base et avancée à l'assurance de la qualité dans des centres d'excellence;

6) en établissant un inventaire des matériels disponibles.

D. Utiliser les structures centrales, régionales et nationales de l'OMS pour :

1) promouvoir l'assurance de la qualité dans les pays en développement au moyen des circuits régionaux OMS de communication avec les gouvernements, les établissements de santé, les écoles de médecine, les ONG, etc.;

2) formuler des directives OMS pour l'assurance de la qualité dans les hôpitaux et les centres de santé de district, dans les pays en développement;

3) soutenir des programmes de bourses et de stages de formation à l'assurance de la qualité entre les pays en développement concernés;

4) promouvoir l'organisation de réunions régionales sur l'assurance de la qualité;

5) renforcer la coordination des activités d'assurance de la qualité dans chaque pays par l'intermédiaire du représentant de l'OMS;

6) promouvoir l'utilisation plus générale de "paramètres de référence" et d'autres techniques d'assurance de la qualité appropriées.

E. Améliorer les relations entre les pays et les organismes :

1) en encourageant l'organisation de réunions annuelles du groupe de travail pour évaluer les résultats des activités d'assurance de la qualité (réussites et échecs) et pour prévoir de nouveaux domaines de coopération;

2) en organisant des réunions informelles pour le partage des informations et des données d'expérience sur l'assurance de la qualité;

3) en contribuant au soutien mondial du réseau "QCare Internet" de la Banque mondiale pour les communications sur l'assurance de la qualité, les bulletins d'information, les cours de formation, le partage de données d'expérience, l'échange de questions et de réponses, etc.

LISTE DES PARTICIPANTS

Professeur Avedis Donabedian
1739 Ivy Wood
Ann Arbor, MI 48103, Etats-Unis d'Amérique

Dr W. de Geyndt
Spécialiste principal en santé publique
Division des Ressources humaines et du Développement social
Banque mondiale
1818 H Street, N. W.
Washington, D.C. 20433, Etats-Unis d'Amérique

Dr Maimunah A. Hamid
Directeur de la Division de la Recherche et de l'Education
Institut de Santé publique
Kementerian Kesihatan Malaysia
Jalan Bangsar
50590 Kuala Lumpur, Malaisie

Dr James R. Heiby
Médecin
Global Bureau/Office of Health
U.S. Agency for International Development
320 Twenty-First Street, N.W.
Washington, D.C. 20523, Etats-Unis d'Amérique

Dr William M. Jackman
Directeur
Quality Assurance Project
University Research Corporation
Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue
Bethesda, MD 20814-4820, Etats-Unis d'Amérique

Dr William F. Jessee
JCAHO
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181, Etats-Unis d'Amérique

Dr Hassan El Kalla*
Directeur de projet
Cost Recovery for Health Project (CRHP)
1053, Cornish El-Nil St.
Le Caire, Egypte

* Absent.

Dr K. Kalumba
Vice-Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Lusaka, Zambie

Dr David Nicholas
International Development Group
Quality Assurance Project
University Research Corporation
Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue
Bethesda, MD 20814-4820, Etats-Unis d'Amérique

Professeur E. Reerink
Directeur
CBO (National Organization for Quality Assurance in Hospitals)
B.P. 20064
Churchilllaan 11
3502 LB Utrecht, Pays-Bas

Dr F. Schleimann
Conseiller technique (Santé)
Ministère des Affaires étrangères
2 Asiatisk Plads
1448 Copenhague, Danemark

OMS

Dr J.-P. Jardel, Sous-Directeur général
Dr E. Tarimo, Directeur, Division du Renforcement des Services de Santé
Dr I. Tabibzadeh, Chef, Systèmes de Santé de District
Dr F. Siem Tjam, Médecin, Systèmes de Santé de District
M. O. Teglgaard, Cadre associé, Systèmes de Santé de District
Dr R. G. A. Boland, Conseiller temporaire
Dr W. N. Gibbs, Programme sur la technologie de la santé/Technologie de laboratoire de santé et Sécurité du sang
Dr G. P. Hanson, Programme sur la technologie de la santé/Médecine radiologique
Dr V. M. Volodin, Programme sur la technologie de la santé/Médecine radiologique

DOCUMENTS POUVANT ETRE OBTENUS AUPRES DES PARTICIPANTS

Agence danoise pour le Développement international :

Continuous Quality Development – Why and How (Ministère danois de la Santé et Conseil national de la Santé, Agence danoise pour le Développement international, 1993)

Continuous Quality Development - A proposed National Policy (OMS, Bureau régional de l'Europe, Agence danoise pour le Développement international, 1993)

Project Document Development in Health Care Quality Assurance System in Zambia (Agence danoise pour le Développement international, 1993)

JCAHO :

Facts About the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (background, activities, processes, decisions, agenda for change) (JCAHO, 1994)

University Rechearch Corporation/Quality Assurance Project :

Quality Assurance – A Computer Simulation (cours de formation d'une à quatre heures à l'intention des cliniciens, nécessitant un PC 386 et Windows 3.1) (USAID/QAP, 1994)

Monographie : Problem Solving in QA (QAP/USAID, 1993)

Monographie : QA of Health Care in Developing Countries (QAP/USAID, 1993)

QAP Brief - Specific QA Activities in Developing Countries - 5 issues (QAP/USAID, 1993-1994)

Banque mondiale :

Managing the Quality of Health Care in Developing Countries (Dr Willy de Geyndt, Division des Ressources humaines et du Développement social, Banque mondiale, 1994). Note : Adresse Internet pour le réseau d'information QCare de la Banque mondiale : PHNLINK at worldbank.org.

Zambie :

Health Care QA Manual (Ministère de la Santé, Zambie, 1993)

OMS :

Les normes aujourd'hui dans les soins de santé (OMS, Genève, 1993)

Measuring the Performance of Hospitals and Health Centres (OMS, Genève, 1993)

Quality Assurance in District Health Systems based upon Primary Health Care (New Delhi, OMS, 1992)

The Principles of Quality Assurance (OMS, Bureau régional de l'Europe, Rapports et études 1994, rapport sur une réunion de l'OMS, Barcelone, 17-19 mai 1993)

Quality Assurance in District Health Care, Focused on Hospitals and Health Centres, par J. M. J. van den Berg (Projet)

= = =