

La qualité des services de santé

Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle



La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle

ISBN 978-92-4-251390-5 OMS

© **Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale, 2019**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS, OCDE ou La Banque mondiale approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS, OCDE ou La Banque mondiale est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation: « Ceci est une adaptation d'une œuvre originale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale. Les points de vue et les opinions exprimées dans l'adaptation sont la responsabilité de l'auteur ou des auteurs de l'adaptation et ne sont pas approuvées par l'OMS, l'OCDE ou les institutions membres du groupe de la Banque Mondiale ». Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) ou la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale. En aucun cas, l'OMS, l'OCDE et La Banque mondiale ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale ; 2019. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS, OCDE ou La Banque mondiale aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, OCDE ou La Banque mondiale, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS, l'OCDE et La Banque mondiale ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS, l'OCDE ou La Banque mondiale ne sauraient être tenues responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OMS, l'OCDE ou La Banque mondiale, les directeurs exécutifs de La Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail.

Imprimé en Suisse



Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Abbréviations	9
Résumé analytique	11
Chapitre 1 Pourquoi chercher à améliorer la qualité des services de santé ?	15
1.1 De nombreuses données témoignent du manque de qualité des soins dans tous les pays	16
1.2 L'argument économique en faveur de la qualité	17
1.3 La qualité : un élément fondamental de la couverture santé universelle	18
1.4 La qualité : un objectif abordable dans tous les pays	20
Chapitre 2 Présentation de ce document	25
2.1 Objectifs	26
2.2 Portée	26
2.3 Contenu	26
Chapitre 3 La qualité des soins de santé : situation dans le monde	29
3.1 L'impératif de la qualité en vue de la couverture santé universelle	30
3.2 Comment définir la qualité des soins ?	33
3.3 Tour d'horizon mondial de la qualité des soins	35
3.4 Conclusion	41
Chapitre 4 Mettre la qualité au cœur des systèmes de santé	45
4.1 Introduction	46
4.2 Éléments clés d'un système de soins de haute qualité	46
4.3 La qualité comme fondement des soins centrés sur la personne	55
4.4 L'objectif ultime : des systèmes de santé privilégiant les soins centrés sur la personne	59
4.5 Conclusion	61
Chapitre 5 Comment agir concrètement pour améliorer la qualité	65
5.1 Introduction	66
5.2 Avantages d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité ...	66
5.3 Mesures à envisager pour améliorer la qualité	71
5.4 Examen et choix des mesures en faveur de la qualité	74
5.5 Conclusion	78
Chapitre 6 Appel à l'action en faveur de la qualité	83
6.1 Développement durable et qualité : pour aller de l'avant	84
6.2 Appel à l'action	84
Références	87
Annexe Interventions en faveur de la qualité	97

Table des matières

Graphiques

Graphique 3.1	Mortalité infantile médiane avant 5 ans au regard des facteurs d'inégalité, 2005-2012	30
Graphique 3.2	La qualité des soins de santé : composantes	34
Graphique 3.3	Nombre de cas cliniques diagnostiqués correctement par des prestataires de soins au Kenya	36
Graphique 3.4	Charge de morbidité due à des événements indésirables associés aux soins, 2015	37
Graphique 3.5	Fourniture par le médecin d'explications dans un langage clair	38
Graphique 3.6	Évolution du temps d'attente moyen pour une arthroplastie de la hanche	39
Graphique 3.7	Qualité de l'organisation et des procédures des services de santé maternelle selon le niveau de pauvreté du comté au Kenya	40
<hr/>		
Graphique 4.1	Densité et répartition des professionnels de santé qualifiés, par région de l'OMS	47
Graphique 4.2	Pourcentage des établissements de soins équipés du matériel de base en Afrique subsaharienne	50
Graphique 4.3	Les soins primaires en tant que centre de coordination	60
Graphique 4.4	Cinq orientations stratégiques pour le développement de services centrés sur la personne	61

Tableaux

Tableau 5.1	Exemples de mesures en faveur de la qualité	76
Tableau 5.2	Mobilisation des acteurs clés en faveur de la qualité	79

Encadrés

Encadré 3.1	Liberia : prise en compte de la qualité dans les politiques de santé adoptées suite à l'épidémie d'Ebola	32
<hr/>		
Encadré 4.1	Étude de cas : formation et rétention du personnel de santé dans les régions sous desservies des Philippines	49
Encadré 4.2	Étude de cas : le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé	52
Encadré 4.3	Étude de cas : amélioration des services d'enregistrement de l'état civil et des statistiques démographiques en Ouganda	53
Encadré 4.4	Étude de cas : besoins non satisfaits dans le traitement des maladies chroniques	56
Encadré 4.5	Étude de cas : les soins primaires au Costa Rica	57
Encadré 4.6	Étude de cas : le projet « Citizen Voice and Action » de responsabilisation des communautés locales en Ouganda	58
Encadré 4.7	Mesures clés pour mettre la qualité au cœur des systèmes de santé	62
<hr/>		
Encadré 5.1	Étude de cas : Éthiopie - Stratégie nationale pour la qualité des soins de santé 2016-2020	68
Encadré 5.2	Étude de cas : Soudan - Politique et stratégie pour la qualité des soins de santé	68
Encadré 5.3	Étude de cas : Mexique - Stratégie nationale pour le renforcement de la qualité dans les établissements et les services de soins	70
Encadré 5.4	Étude de cas : Ontario (Canada) - Loi et stratégie sur l'excellence des soins pour tous	75
Encadré 5.5	Agir concrètement pour améliorer la qualité : les processus clés	80
<hr/>		
Encadré 6.1	Mesures clés à appliquer en priorité par les parties prenantes pour améliorer la qualité des services de santé	85



Préface

Les Objectifs du développement durable (ODD) réaffirment l'engagement international à atteindre la couverture santé universelle (CSU) d'ici 2030. Cela signifie que tous les individus et toutes les communautés, partout dans le monde, devront avoir accès aux services de santé promotifs, préventifs, curatifs, réadaptatifs ou palliatifs de haute qualité dont ils ont besoin, sans se trouver exposés à des difficultés financières.

Pour mesurer les progrès accomplis sur la voie de la CSU, on s'appuie généralement sur le degré effectif d'accès aux services de santé essentiels et de protection financière des utilisateurs de ces services (pour assurer qu'aucun individu ne tombe dans la pauvreté à cause de problèmes de santé). Cependant, même si l'objectif de prestation des soins de santé essentiels et de protection financière est atteint au niveau mondial, les résultats de santé resteront insuffisants si les services de santé sont peu sûrs et de faible qualité. La prestation de soins de santé de qualité constitue un aspect crucial de la CSU. Tel est l'objet de ce rapport.

Les données montrent que des soins de qualité insuffisante entraînent un important gaspillage de ressources et nuisent à la santé des populations, en détruisant du capital humain et en réduisant la productivité. La qualité des soins, en particulier la sécurité des patients, est indispensable pour promouvoir la confiance à l'égard des services de santé. Elle constitue également un élément clé de la sécurité sanitaire mondiale, qui commence par la sécurité sanitaire locale et dépend en fait du haut niveau de qualité des services santé de première ligne. Des services santé de qualité contribuent non seulement à prévenir les souffrances humaines et à garantir une meilleure santé des sociétés, mais aussi à améliorer le capital humain et la santé des économies.

La qualité est trop souvent perçue comme un luxe que seuls les pays riches peuvent se permettre. Il s'agit là d'une idée erronée. Le développement de services santé de qualité exige une culture de la transparence, de l'engagement et de l'ouverture au sujet des résultats qu'il est possible de promouvoir dans toutes les sociétés, quel que soit le niveau de leurs revenus. Les enseignements abondent aujourd'hui partout dans le monde sur ce qui marche ou ce qui ne marche pas en ce domaine et cela devrait fournir une base solide pour déclencher rapidement une révolution de la qualité des services de santé. L'innovation technologique a également un rôle essentiel à jouer en offrant de nouveaux moyens d'étendre plus rapidement la prestation de soins de santé de haute qualité à un coût abordable.

La reconnaissance du rôle central des populations est la clé de la qualité. Les individus et les communautés doivent être impliqués dans la conception, la prestation et l'évaluation continue des soins pour veiller à ce qu'ils répondent effectivement aux besoins locaux – et non aux besoins des donateurs, à des intérêts politiques ou commerciaux ou aux exigences de pratiques immuables. Mettre l'accent sur la qualité est donc décisif mais les décideurs doivent aussi célébrer l'excellence, communiquer de manière transparente et promouvoir la collaboration entre équipes de soins, ainsi qu'avec les patients et la société civile, y compris les groupes de patients, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires locaux.

Préface

La couverture santé universelle n'est pas un simple rêve d'avenir. Elle est déjà une réalité dans de nombreux pays ; cependant, en l'absence de services santé de qualité, le risque est grand qu'elle demeure une promesse vide. Ce premier rapport présente de solides arguments techniques et politiques en faveur de l'investissement dans des services santé de qualité. Le prix à gagner pour l'ensemble de l'humanité n'est rien moins qu'un monde en meilleure santé, plus sûr et plus équitable.



Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur Général
Organisation mondiale de la Santé



Jim Yong Kim
Président
Banque mondiale



Angel Gurría
Secrétaire Général
OCDE



Remerciements

Ce document a été préparé conjointement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) et la Banque mondiale, sous la supervision générale de : Marie-Paule Kieny, ancienne Directrice générale adjointe de l'OMS pour les systèmes de santé et l'innovation ; Timothy Evans, Directeur principal chargé du pôle Pratiques mondiales Santé, nutrition et population de la Banque mondiale ; et Stefano Scarpetta, Directeur de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. L'équipe de rédaction était composée de : Edward Kelley (OMS), Niek Klazinga (OCDE), Ian Forde (OCDE), Jeremy Veillard (Banque mondiale), Sheila Leatherman (Gillings School of Global Public Health, Université de Caroline du Nord), Shamsuzzoha Syed (OMS), Sun Mean Kim (OMS), Sepideh Bagheri Nejad (OMS) et Sir Liam Donaldson (Envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients). L'élaboration du document a été coordonnée par Sepideh Bagheri Nejad.

Les auteurs remercient leurs collègues de l'Institut national néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Michael van den Berg et Wilco Graafmans, pour leur contribution à l'établissement du cadre conceptuel global et du contenu de ce document, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Caroline Berchet et Luke Slawomirski de l'OCDE pour leur participation à la rédaction, et Sagar Dugani et Adanna Deborah Ugochi Chukwuma de la Banque mondiale pour leur aide lors de la révision du texte à l'étape finale.

Ce document a bénéficié des conseils précieux du comité consultatif, qui était composé des membres suivants : Sir Liam Donaldson (président), Clifford Hughes, Tawfik Khoja, Jan Mainz, Rashad Massoud, Robin Osborn, Enrique Ruelas, Paul Shekelle, Anuwat Supachutikul et Nana Amma Twum-Danso.

Les études de cas ont été préparées par les personnes suivantes : Daniel Burssa et Eyub Gebretsadik pour l'Éthiopie ; Sebastian García Saiso, Paulina Pacheco Estrello et Enrique Ruelas pour le Mexique ; Elmuez Eltayeb pour le Soudan ; et Michelle Rossi, Joshua Tepper et Adalsteinn Brown pour l'Ontario (Canada).

L'annexe sur les mesures en faveur de la qualité a été produite par Sheila Leatherman (Gillings School of Global Public Health, Université de Caroline du Nord), Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia, Ruma Rajbhandari et Kim Reimold (Harvard Initiative on Global Health Quality, Harvard Global Health Institute).

Nous remercions Gheorghe Sorin Banica et Laura Pearson pour leur soutien administratif et Gary Humphreys pour la rédaction de la version initiale du document.

Nous remercions également les pairs évaluateurs suivants : Donald Berwick, Helen Haskell, Margaret Kruk et Ephrem Lemango.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance aux nombreux autres membres du personnel des trois organisations partenaires qui ont participé à la production de ce document. Sans leur dévouement, leur soutien et leur compétence, ce travail n'aurait pu voir le jour :

Yetmgeta Abdella, Najeeb Al Shorbaji, Benedetta Allegranzi, Broog Alsadhan, Shannon Barkley, Marie-Charlotte Bouesseau, James Campbell, Meena Cherian, Mickey Chopra, Krycia Cowling, Jishnu Das, Neelam Dhingra-Kumar, Joan Dzenowagis, Peter Engelfriet,

Remerciements

Linda Freiheit, Ruben Frescas, Michele Gragnolati, Michelle Karen Funk, Javier Gomez BatisteAlentorn, Joyce Hightower, Maki Kajiwara, Rania Kawar, Michael George Kay, Claire Kilpatrick, Ramesh Krishnamurthy, Angela Lashoher, Agnès Leotsakos, Manon Lette, Akiko Maeda, Nicola Magrini, Elizabeth Mason, Kellie McGee, Nana Mensah Abrampah, Hernan Montenegro von Mühlenbrock, Margaret Murphy, Jillian Oderkirk, Shanti Pal, Felicity Pocklington, Nittita Prasopa-Plaizier, Paul Peter Schneider, Emma Scholar, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, Maria Angelica Sousa, Julie Storr, Nuria Toro Polanco, Andreas Ullrich, Krisantha Weerasuriya, Erica Wheeler, Tana Wuliji, Mohammad Taghi Yasamy, Junping Yu, Hongwen Zhao et Hao Zheng.



Abbreviations

ADC	Aide à la décision clinique
AVCI	Année de vie corrigée du facteur invalidité
CAIS	Centros de atención integral en salud (Centres de soins intégrés)
EBAIS	Equipos básicos de atención integral de salud (Équipes de base pour les soins intégrés)
ETS	Évaluation des technologies de la santé
EuroHOPE	European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency (projet)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RR	Rémunération au rendement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international



Résumé analytique

Ce document – *La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle* – montre l'importance décisive de la qualité dans la prestation des soins de santé. Au moment où les pays s'engagent à atteindre la couverture santé universelle d'ici 2030, on admet de plus en plus que, pour dispenser des soins optimaux, l'existence simultanée d'une infrastructure, de fournitures médicales et de prestataires de soins ne saurait suffire. L'amélioration de la prestation des soins de santé exige de mettre délibérément l'accent sur la qualité des services de santé, afin de dispenser en temps opportun des soins efficaces, sûrs et centrés sur la personne selon des modalités équitables, intégrées et efficaces. Par qualité des soins, il faut entendre le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. Les données montrent que, dans la plupart des pays, en particulier les pays à revenu faible et moyen, le niveau de qualité des soins est sous optimal, comme le montrent les faits suivants :

- L'application effective des lignes directrices pour la pratique clinique dans huit pays à revenu faible et moyen est inférieure à 50 % dans plusieurs types de situations, aboutissant à des soins prénatals et infantiles de qualité insuffisante et à des pratiques de planning familial inadéquates.
- L'initiative sur les indicateurs de prestation des services fait apparaître dans sept pays à revenu faible et moyen d'importantes variations en termes d'absentéisme des prestataires de soins (de 14.3 à 44.3 %), de productivité quotidienne (de 5.2 à 17.4 patients), de précision du diagnostic (de 34 à 72.2 %) et d'application des lignes directrices pour la pratique clinique (de 22 à 43.8 %).
- Une analyse systématique de 80 études montre que les pratiques cliniques sous-optimales sont courantes dans les établissements de soins primaires, tant publics que privés, de plusieurs pays à revenu faible et moyen.
- Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les pays à revenu faible et moyen montrent que, dans ces pays, entre 19 et 53 % des femmes âgées de 50 à 69 ans n'ont pas accès au dépistage par mammographie et qu'entre 27 et 73 % des adultes âgés (65 ans et plus) ne sont pas vaccinés contre la grippe.

AMÉLIORER LA QUALITÉ POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS SANITAIRES

Des services santé de haute qualité exigent la prestation de soins pertinents au moment opportun, en prenant en compte les besoins et les préférences des usagers et en réduisant au minimum le risque de préjudice pour les patients et le gaspillage de ressources. Des soins de qualité augmentent les chances d'obtenir les résultats sanitaires désirés ; ils doivent répondre à sept critères mesurables : l'efficacité, la sécurité, la priorité donnée à la personne, la délivrance en temps opportun, l'équité, l'intégration des soins et l'efficience. Au Pakistan, par exemple, faciliter l'accessibilité et le premier contact avec les prestataires de soins grâce au programme « Femmes agents de santé » a permis d'améliorer le traitement de la pneumonie et de réduire la mortalité néonatale.

INTÉGRER DES MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ AU CŒUR DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La prestation de soins de santé de qualité repose sur cinq éléments fondamentaux : le personnel de santé ; les établissements de soins ; les médicaments, les appareils et d'autres technologies médicales ; les systèmes informatiques ; et le financement. Pour assurer la prise en compte de la qualité dans la conception même des systèmes de santé, les gouvernements, les décideurs, les responsables du système de santé, les patients et les cliniciens devraient joindre leurs efforts pour :

- assurer la formation et le maintien d'un personnel de santé de haute qualité ;
- maintenir un niveau d'excellence dans l'ensemble des établissements de soins ;
- garantir l'utilisation sûre et efficace des médicaments, des appareils médicaux et autres technologies ;
- assurer l'utilisation efficace des systèmes informatiques dans le domaine de la santé ;
- mettre au point des mécanismes de financement aptes à soutenir l'amélioration constante de la qualité.

INTERVENIR POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

La qualité est une notion complexe qui présente de nombreux aspects différents et exige, par conséquent, la conception et le déploiement simultané de mesures distinctes diversement assorties. L'élaboration, le peaufinage et la mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité sont aujourd'hui des priorités croissantes alors que les pays s'efforcent d'améliorer systématiquement les performances de leur système de santé. Le plus souvent, la préparation d'une stratégie nationale de la qualité implique une ou plusieurs des étapes suivantes :

- l'élaboration d'une politique de la qualité et d'une stratégie de mise en œuvre dans le cadre du plan national établi officiellement pour le secteur de la santé ;
- la préparation d'un document de fond sur la qualité, généralement un document autonome rédigé à l'issue d'un processus national de consultation des parties prenantes dirigé ou soutenu par le ministère de la santé ;
- la définition d'une stratégie nationale de mise en œuvre de la qualité, accompagnée d'un plan d'action détaillé et incluant une section précisant les domaines d'intervention essentiels ;
- l'adoption d'une législation et de textes réglementaires pour soutenir la politique et la stratégie en faveur de la qualité.

Sept axes d'interventions majeurs sont généralement envisagés par les parties prenantes d'un système de santé, notamment les prestataires de soins, les gestionnaires et les décideurs, pour améliorer la qualité du système de soins :

- modifier les pratiques cliniques en première ligne ; établir des normes ;
- favoriser la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales ;
- informer et sensibiliser le personnel de soins, les gestionnaires et les décideurs ; introduire des programmes et des méthodes d'amélioration continue de la qualité ;
- mettre en place des incitations – financières et non financières – sur la base des performances ; adopter des textes législatifs et réglementaires.

Lors du choix de la gamme et de l'assortiment des mesures en faveur de la qualité, les gouvernements devraient examiner soigneusement, sur la base des données, l'impact

de différents types d'interventions vis-à-vis de l'ensemble du système de santé, de la réduction des risques de préjudice pour les patients, de l'amélioration des soins cliniques et de la participation et de la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales.

PARTAGER LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA PRATIQUE EN VUE DE TRANSPOSER À PLUS GRANDE ÉCHELLE LES MÉTHODES DONNANT DE BONS RÉSULTATS

Plusieurs pays s'efforcent d'innover pour améliorer les différents aspects de la qualité. Comme le montre ce document, de nombreux pays à revenu faible et moyen ont mis au point des interventions qui ont donné de bons résultats mais ils auraient besoin d'une plateforme mondiale pour échanger des connaissances en ce domaine. Une telle plateforme permettrait aux pays d'apprendre des méthodes qui ont fait leurs preuves et de les adapter aux besoins de leurs populations. Elle leur permettrait également d'éviter de consacrer des efforts à la mise en œuvre de mesures inefficaces.

L'amélioration de la qualité des soins ne va pas sans difficultés dans tous les pays. Néanmoins, la prestation de soins de qualité à tous les individus, quel que soit le lieu où ils vivent, demeure une responsabilité commune d'une extrême importance, qui offre la possibilité d'améliorer la santé humaine partout dans le monde. En mettant délibérément l'accent sur la qualité, les pays pourront réaliser des progrès significatifs en vue de la réalisation des Objectifs de développement durable et de la couverture santé universelle.

APPEL À L'ACTION

Le présent document, qui exprime le point de vue de trois institutions mondiales s'occupant des questions de santé – l'OCDE, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé –, décrit la marche à suivre pour les responsables de l'élaboration des politiques de santé qui souhaitent atteindre l'objectif de services de santé de haute qualité centrés sur la personne pour tous.

Des initiatives de haut niveau s'imposent de la part des principaux groupes d'acteurs, qui devraient travailler ensemble, animés par le sentiment de l'urgence, pour que se réalise la promesse des Objectifs du développement durable en vue de soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité.

Pour les gouvernements :

- se doter d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité ;
- assumer la responsabilité de la prestation de soins sûrs et de haute qualité ;
- veiller à ce que les réformes en vue de la couverture santé universelle placent la qualité au fondement des systèmes de soins ;
- faire en sorte que les systèmes de santé s'appuient sur une infrastructure informatique et de collecte de données permettant de mesurer la qualité des soins et de fournir un retour d'information à ce sujet ;
- combler l'écart entre résultats réels et résultats atteignables dans le domaine de la qualité ;
- renforcer les partenariats entre prestataires de soins et usagers des services de santé aptes à favoriser l'amélioration de la qualité des soins ;
- établir et maintenir un personnel de santé professionnel doté des aptitudes et capacités nécessaires pour répondre à la demande et aux besoins de soins de haute qualité de la population ;
- acheter, financer et commanditer des services sur la base du principe de valeur ;
- financer des études sur l'amélioration de la qualité.

Pour les systèmes de santé :

- mettre en œuvre des mesures fondées sur les données aptes à améliorer la qualité des soins ;
- réaliser des évaluations comparatives avec les systèmes de santé similaires obtenant de meilleurs résultats ;
- veiller à minimiser l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie de toutes les personnes qui en sont atteintes ;
- promouvoir les attitudes culturelles et les pratiques qui réduisent les risques de préjudice pour les patients ;
- développer la résilience du système de santé afin de rendre possible la prévention, la détection et le traitement des menaces de santé grâce à l'attention accrue accordée à la qualité ;
- mettre en place une infrastructure d'apprentissage ;
- introduire l'assistance technique et la gestion des connaissances aux fins de l'amélioration de la qualité.

Pour les citoyens et les patients :

- participer activement aux soins afin d'optimiser leur état de santé ;
- jouer un rôle de premier plan dans la conception de nouveaux modèles de soins pour répondre aux besoins de la communauté locale ;
- être conscients de leur droit à l'accès à des soins conformes aux normes modernes atteignables de qualité ;
- recevoir l'aide, l'information et les compétences requises pour gérer les affections de longue durée.

Pour le personnel de santé :

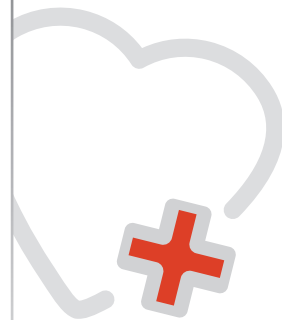
- participer aux activités de mesure et d'amélioration de la qualité avec les patients ;
- adhérer en pratique à l'éthique du travail d'équipe ;
- considérer les patients comme des partenaires dans la délivrance des soins ;
- s'engager à fournir et à utiliser des données sur l'efficacité et la sécurité des soins.

Aucune catégorie d'acteurs ne pourrait à elle seule faire advenir ces différents changements ; une approche intégrée reposant sur la collaboration entre les parties prenantes – chacune d'elles contribuant à la réalisation de l'objectif commun – sera donc nécessaire pour réussir à améliorer effectivement la qualité des services de santé dans le monde entier.

Chapitre

1

**Pourquoi chercher
à améliorer la qualité
des services de santé ?**

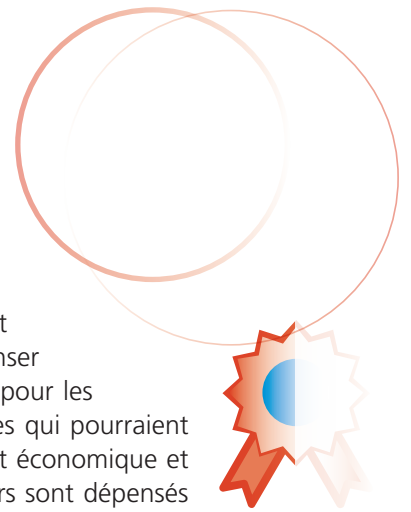


La couverture santé universelle est un objectif important et louable. En tant qu'Objectif de développement durable (ODD), la couverture santé universelle vise à atteindre la sécurité en matière de santé et l'accès universel aux services de soins essentiels, sans qu'il en résulte des difficultés financières pour les individus, les familles et les communautés locales, en permettant ainsi le passage à des sociétés et à des économies plus productives et plus équitables.

Il n'est pas possible cependant d'envisager ou de préparer la couverture santé universelle – et encore moins de la mettre en œuvre – sans mettre l'accent sur la qualité. Il est essentiel de veiller à ce que les soins soient efficaces, sûrs et conformes aux préférences et aux besoins des personnes et des communautés desservies. De plus, les soins doivent être dispensés en temps opportun et de manière équitable entre les diverses catégories de la population, et coordonnés tout au long du continuum des soins et du cycle de vie des individus, en réduisant au minimum le gaspillage de ressources.

La qualité des soins sous-tend par conséquent la couverture santé universelle dont elle constitue un élément fondamental. En effet, en l'absence de *qualité réelle* des soins, à quoi servirait d'étendre l'accès aux soins ? L'accès sans la qualité ne serait qu'une promesse vide dans l'optique de la couverture santé universelle.

La qualité n'est pas une prérogative des pays à haut revenu. Dès lors qu'un pays est en mesure de fournir des soins de santé – et même les pays les plus pauvres peuvent et doivent le faire –, il doit fournir des soins de bonne qualité. Ne pas le faire – c'est-à-dire dispenser des soins de mauvaise qualité – serait non seulement préjudiciable pour les patients mais conduirait aussi au gaspillage de précieuses ressources qui pourraient être investies au profit d'autres secteurs clés pour le développement économique et social, en vue d'améliorer la vie des citoyens. Des milliards de dollars sont dépensés pour remédier aux conséquences de soins de faible qualité et cet argent pourrait servir à financer des écoles, des services sociaux et des infrastructures. En outre, des soins de mauvaise qualité peuvent nuire à la confiance de la population dans l'efficacité de la médecine moderne. Par conséquent, introduire la couverture santé universelle sans veiller à la qualité des soins reviendrait en quelque sorte à bâcler le travail.



1.1 DE NOMBREUSES DONNÉES TÉMOIGNENT DU MANQUE DE QUALITÉ DES SOINS DANS TOUS LES PAYS

De nombreux progrès ont été obtenus dans l'amélioration de certains aspects de la qualité des soins de santé partout dans le monde, comme le montre par exemple l'évolution du taux de survie des personnes atteintes du cancer et de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (1, 2). Toutefois, dans d'autres domaines, les progrès demeurent lents et inégaux.

Les chiffres parlent d'eux mêmes.

- Dans les pays à haut revenu, un patient sur dix subit des incidences défavorables en cours de traitement (3).
- Dans les pays à haut revenu, sept patients hospitalisés sur 100 peuvent s'attendre à contracter une infection nosocomiale (dans les pays en développement, le chiffre est d'un sur dix), alors que ces infections pourraient être évitées au moyen d'une amélioration de l'hygiène et d'une utilisation intelligente des antimicrobiens (4).
- Des écarts injustifiés subsistent dans l'offre et la prestation des soins de santé, et une très forte proportion de patients ne reçoivent pas des soins adéquats fondés sur des données probantes (5, 6).

- Le taux de vaccination contre la grippe varie de 1 % à plus de 78 % dans les pays à haut revenu, en dépit de l'objectif de 75 % en 2010 fixé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2003 (7).
- La résistance aux antimicrobiens est devenue un grave problème de santé public partout dans le monde, en partie à cause de l'emploi abusif ou excessif des antimicrobiens dans les soins de santé (8).
- Le coût mondial associé aux erreurs de médication est estimé à 42 milliards USD par an, sans inclure les pertes de salaires et de productivité et le coût des soins (9).
- Bien que le taux de présence d'un personnel qualifié lors des accouchements soit passé de 58 % en 1990 à 73 % en 2013, principalement à cause de l'augmentation du nombre de naissances en milieu sanitaire, le nombre de femmes et de nourrissons qui meurent dans un établissement de soins ou qui développent une invalidité permanente à cause du manque de qualité des soins reste élevé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 303 000 mères et 2.7 millions de nouveau-nés meurent chaque année pendant ou peu après l'accouchement, et que beaucoup d'autres contractent des maladies évitables. De plus, environ 2.6 millions de bébés sont mort-nés chaque année (10, 11).
- Près de 40 % des établissements de soins des pays à revenu faible et moyen manquent d'eau de bonne qualité et près de 20 % ne sont pas raccordés à un système d'assainissement, ce qui a évidemment des conséquences sur la qualité des soins (12).
- Les estimations de la fréquence du diagnostic et du contrôle de l'hypertension dans plusieurs pays non membres de l'OCDE soulignent l'importance de services de prévention de qualité. Dans la plupart de ces pays, au moins la moitié des adultes ayant une pression artérielle élevée n'ont pas été diagnostiqués comme atteints d'hypertension. La couverture du traitement de l'hypertension est donc assez faible et, d'après les enquêtes auprès des ménages, s'échelonne entre 7 % et 61 % parmi les personnes ayant une pression artérielle élevée. Cependant, la couverture efficace est nettement plus faible et va de 1 % à 31 %, ce qui signale l'existence d'un problème de qualité (13).

1.2 L'ARGUMENT ÉCONOMIQUE EN FAVEUR DE LA QUALITÉ

Outre leurs conséquences sur la vie des individus, les soins de faible qualité représentent un gaspillage de temps et d'argent. Faire de la qualité un élément à part entière de la couverture santé universelle vise à permettre aux individus de vivre plus longtemps et mieux, mais constitue aussi une nécessité économique. Tous les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, peuvent en effet se permettre de prendre en compte la qualité dans leurs systèmes de santé ; c'est bien plutôt le *manque de qualité* qui entraîne des coûts exorbitants, surtout dans les pays les plus pauvres.

Des soins sous-optimaux ne contribuent pas seulement à accroître la charge mondiale de morbidité et les besoins de santé non satisfaits, ils ont aussi un impact économique non négligeable et de graves implications en termes de coûts, tant pour les systèmes de santé que pour les populations du monde entier. Environ 15 % des dépenses hospitalières des pays à haut revenu servent à couvrir les complications évitables des soins et les préjudices subis par des patients. Les catégories sociales les plus vulnérables sont affectées de façon disproportionnée par la mauvaise qualité des soins ; le coût économique et social plus large de l'invalidité permanente ou des handicaps qui en résultent pour les patients, et de la perte de productivité, atteint chaque année des milliards de dollars (14).

La duplication des services, le manque d'efficacité des soins et les hospitalisations évitables que l'on observe dans de nombreux systèmes de santé sont également causes d'un gaspillage considérable. Jusqu'à un cinquième des ressources de santé est déployé d'une manière qui ne contribue guère à l'amélioration de la santé publique. Ces ressources, nécessairement limitées, pourraient être déployées de façon beaucoup plus efficace (3).

1.3 LA QUALITÉ : UN ÉLÉMENT FONDAMENTAL DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La qualité des soins ne s'obtient pas de façon automatique : elle doit être planifiée et identifiée clairement comme une priorité de la couverture santé universelle, de même que l'accès aux soins, l'assurance maladie et la protection financière des individus. Ce document montre qu'il est possible de placer la qualité au cœur des systèmes de santé, à condition de respecter certaines étapes et d'appliquer certains principes comme la transparence, la priorité à la personne, la mesure des résultats et la collecte de données, et d'investir dans les ressources humaines, en s'appuyant dans tous

les cas sur des fonctions de leadership et le développement d'un état d'esprit favorable parmi le personnel de santé. Une fois ces éléments fondamentaux mis en place, les méthodes et pratiques de maintien de la qualité des soins qui ont fait leurs preuves – par exemple l'hygiène des mains, les protocoles thérapeutiques, les listes de contrôle, la formation et la sensibilisation, ainsi que les dispositifs de notification et de retour d'information – pourront être introduites et mises en œuvre de manière durable.

La transparence est primordiale. Elle constitue le socle de l'apprentissage et du perfectionnement continus des pratiques de soins. La conclusion essentielle des quinze études sur la place accordée à la qualité dans les systèmes de santé nationaux réalisées par l'OCDE entre 2012 et 2016 est la nécessité d'une plus grande transparence sur les performances en termes de qualité et de résultats des soins (15). Le facteur clé de la transparence est l'aptitude à l'ouverture et à l'honnêteté quant aux résultats, y compris en cas d'erreurs ou de défaillances. Lorsque ces conditions sont remplies, les erreurs deviennent des occasions d'apprendre, comme cela est le cas dans d'autres secteurs, notamment celui du transport aérien. Les résultats positifs devraient être célébrés et partagés pour les mêmes raisons. La transparence, bien que parfois longue à développer, peut et doit être cultivée dans tous les systèmes de santé, quel que soit le niveau des ressources disponibles.

La participation des individus et des communautés locales aux soins et à la conception des services de santé est aujourd'hui reconnue comme essentielle à l'amélioration des résultats. Les individus et les communautés locales où ils sont nés, ont grandi, travaillent et mènent leurs activités de loisirs ont un rôle décisif à jouer dans la prestation de soins de santé de qualité. Les personnes qui participent activement à leur traitement et au maintien de leur état de santé souffrent moins fréquemment de complications et jouissent globalement d'une meilleure santé et d'un meilleur niveau de bien-être. Sur le plan clinique, cela exige d'accorder aux patients un rôle de partenaire dans les soins qui leur sont dispensés et dans les décisions cliniques qui les concernent, en leur permettant de gérer activement leur état de santé. La priorité donnée à la personne est la « clé qui ouvre la voie à toutes les dimensions de la qualité » (16). En effet, l'élément commun à toutes les pratiques positives décrites plus loin dans ce document est la volonté d'accorder la primauté aux besoins et aux valeurs du patient. Cela implique de faire preuve de compassion et de respect dans la prestation des soins.



Cependant, l'application du principe de priorité à la personne ne doit pas se limiter au seul contexte des soins individuels. Les individus et les patients devraient être impliqués dans la définition des priorités et le développement des politiques. Cela est particulièrement important au niveau des soins primaires et des soins dispensés au sein des communautés locales. Les services correspondants doivent être conçus avec la participation des communautés locales desservies, en tenant compte de leurs besoins et de leurs préférences spécifiques, comme on le verra au chapitre 4.

Le maintien de la qualité exige **un travail de mesure et de production d'information**. Les soins de santé évoluent constamment et il est donc nécessaire de contrôler et d'évaluer en permanence la qualité pour obtenir des améliorations. À cette fin, l'information doit être recueillie correctement et en temps opportun. Le secteur bancaire consacre 13 % de ses revenus au maintien de ses systèmes d'information. En revanche, le secteur de la santé investit moins de 5 % dans ces systèmes, c'est-à-dire un montant dérisoire pour un secteur à forte intensité informationnelle. De plus, lorsqu'elles existent, les données générées par les systèmes de santé portent trop souvent exclusivement sur les contributions et le volume d'activité. Cette situation devra changer pour que les facteurs de qualité deviennent une composante à part entière des soins de santé. Des systèmes fiables de mesure de la qualité devront être intégrés aux infrastructures informatiques locales et nationales du secteur de la santé : cela est plus important que la mesure des seules contributions. Et, dans un esprit de transparence, l'information devra être accessible à tous les acteurs pertinents, en particulier aux patients, aux prestataires de soins, aux instances de régulation, aux acheteurs publics et aux décideurs.

Tous les aspects de la qualité doivent être mesurés. Il est important, en effet, de savoir dans quelle mesure les protocoles essentiels et les directives cliniques ont été respectés, de connaître la qualité des méthodes et processus cliniques – par exemple en ce qui concerne l'hygiène des mains ou les listes de contrôle pour la sécurité chirurgicale – et de recenser les résultats cliniques, en y incluant éventuellement les réadmissions, les taux de mortalité, les réactions indésirables à certains médicaments, les taux de survie après un diagnostic de cancer et le contrôle adéquat de la glycémie au cours de la grossesse. Mais il convient aussi de recueillir des informations sur les résultats et les expériences de soins jugés importants par les patients, notamment au moyen d'indicateurs de qualité mesurant le degré de satisfaction des patients et de la communauté locale (17). L'essentiel dans cette collecte d'information est de ne pas perdre de vue le lien étroit qui doit exister entre mesure et amélioration effective de la qualité : le travail de mesure ne saurait à lui seul conduire à une amélioration de la qualité.

On ne saurait aussi exagérer l'importance d'**un personnel de santé compétent, motivé et bénéficiant d'un soutien adéquat**. Les prestataires de soins veulent dispenser les soins les meilleurs possibles à leurs patients. Cependant, dans bien des cas, les systèmes et l'environnement dans lesquels ils travaillent rendent cette tâche difficile. De nombreux pays font face à de graves insuffisances du nombre et de la qualité de leur personnel de santé. Il n'est pas nécessaire évidemment que tous les soins soient dispensés par des médecins. Les infirmières, les professions paramédicales, les agents sanitaires locaux, les coordinateurs de soins et les gestionnaires des établissements de soins auront tous un rôle important à jouer dans la prestation de soins de haute qualité au XXI^e siècle. Un haut niveau de qualité pourra être atteint en mettant à profit leurs compétences respectives tout au long de la chaîne de production des soins de santé (18).



Pour dispenser des soins de haute qualité, il est souhaitable qu'aux connaissances techniques vienne s'ajouter l'aptitude à communiquer et à travailler en équipe avec d'autres professionnels, et à établir des relations de partenariat avec les patients et leur entourage. Le personnel de soins doit aussi être formé aux principes et aux pratiques d'amélioration constante de la qualité et être capable de reconnaître le « curriculum caché » qui résulte de la faillibilité des systèmes conçus par des êtres humains. La qualité est également fonction du niveau d'organisation et du degré d'intégration avec d'autres secteurs, compte tenu de certains modèles de comportement, d'interaction et de relation entre les êtres humains. Ces derniers dépendent à leur tour des mesures d'incitation mises en place, notamment en termes de financement et de rémunération, de régulation, de déclaration des résultats et de retour d'information, qui doivent être soigneusement intégrées à l'ensemble des processus et des institutions. En définitive, les systèmes de santé doivent offrir un terreau fertile à l'épanouissement de pratiques de haute qualité et à l'amélioration de la qualité en général.

Rien de cela n'est possible en l'absence de **leadership** et d'un état d'esprit favorable. Une étude a montré qu'un état d'esprit dynamique incitant les différents acteurs à collaborer, à communiquer et à travailler sans crainte ni intimidation avec la communauté locale pour dispenser des soins de haute qualité centrés sur la personne est propice à de bons résultats (19). De nombreux facteurs sont aptes à favoriser un état d'esprit conduisant à l'amélioration continue de la qualité. Le premier, comme on l'a vu plus haut, est le développement de la transparence. La formation et la socialisation des travailleurs, les mesures d'amélioration de la qualité, le retour d'information sur les résultats et l'apprentissage collectif sont également importants, de même que certains dispositifs en amont comme les incitations financières. Cependant, l'élément clé est la continuité et la cohérence du leadership des gouvernements, des décideurs, des cliniciens chefs de file, des gestionnaires des systèmes de santé et de la société civile. Un niveau élevé de ressources n'est pas nécessaire à cet égard ; en revanche, ce qui est indispensable est un changement d'état d'esprit en faveur de la transparence, condition nécessaire à l'amélioration continue de la qualité.

Ces éléments doivent constituer l'épine dorsale des politiques et des pratiques d'amélioration constante de la qualité des soins de santé. La qualité, cependant, doit demeurer la responsabilité de chaque partie prenante et de chaque institution. Elle doit s'appuyer sur des orientations stratégiques tout à fait claires, définissant des buts et des objectifs précis, et sur un vigoureux engagement des acteurs de l'ensemble du système de santé, dans l'interaction également avec d'autres secteurs.

1.4 LA QUALITÉ : UN OBJECTIF ABORDABLE DANS TOUS LES PAYS

Parvenir à des soins de haute qualité pour tous peut sembler un objectif bien ambitieux. Cet objectif, cependant, peut être atteint au moyen d'un leadership adéquat, d'une solide planification et d'investissements intelligents, et ceci quel que soit le contexte. En Ouganda, par exemple, l'adoption d'une méthode reposant sur la participation des citoyens et des communautés locales à la conception des services de santé a permis d'obtenir des améliorations au regard de toute une gamme d'indicateurs, en particulier une baisse de 33 % de la mortalité infantile (20). Le Costa Rica a accompli des progrès remarquables au niveau des soins primaires grâce à l'application d'une stratégie d'amélioration de la qualité soigneusement conçue, financée et mise en œuvre (21). Ces exemples et d'autres sont décrits plus en détail dans la suite de ce document.

Dans les pays à revenu faible et moyen, la possibilité d'agir pour améliorer la qualité lors du processus de développement de la couverture santé universelle représente une opportunité unique. En effet, un système de santé en cours de création et de

maturation peut être guidé, encouragé et influencé dans le sens souhaité. Au fur et à mesure que ce système croît et se développe, l'exigence de qualité peut être intégrée systématiquement à toutes les politiques, aux processus et aux diverses institutions.

La difficulté est de savoir quelles leçons tirer de l'expérience – non seulement les réussites mais aussi (et surtout) les erreurs – des systèmes de santé des pays à haut revenu. Une leçon essentielle est que, s'il est tout à fait possible d'introduire rétroactivement des normes de qualité dans un système de santé existant, cela ne va pas sans mal ; il est donc préférable d'intégrer l'exigence de qualité dès le départ parallèlement aux exigences d'accès, de couverture et de protection financière.

La qualité, bien entendu, ne s'obtient pas de façon entièrement gratuite ; elle requiert un certain investissement en capital et d'autres ressources. Cet investissement n'est pas hors de portée des pays les plus pauvres. Le coût de services de santé de faible qualité est énorme car il se répercute à la fois sur la vie des individus, sur le système de santé lui-même et sur l'ensemble de la société. Un investissement avisé en faveur de la qualité est un moyen rentable d'améliorer la santé des individus et de la population, car il est probable que le rendement de l'investissement requis pour la délivrance de soins de haute qualité excèdera de loin les coûts. De meilleurs résultats de santé contribuent en outre au développement économique et social, par exemple grâce à l'augmentation de la productivité des individus dans le travail et à l'amélioration des résultats scolaires des enfants. Par conséquent, chercher à atteindre une couverture santé universelle de qualité ne représente pas seulement un investissement pour une santé meilleure, mais constitue aussi un engagement à construire une société plus saine et un monde plus sain.

Ce que veut dire la qualité pour moi

Mme Cecilia Rodriguez, Directrice exécutive, Fondation *Me Muevo*

Il y a huit ans, lorsqu'elle a été diagnostiquée sa polyarthrite rhumatoïde, une maladie auto-immunitaire provoquant inflammation, gonflement et douleur aiguë au niveau des articulations, Cecilia Rodriguez était directrice d'un établissement de soins primaires. « Je souffrais beaucoup de la polyarthrite rhumatoïde et passais énormément de temps au lit », déclare Mme Rodriguez qui avait la trentaine au moment où sont apparus les premiers symptômes douloureux. « C'est alors que j'ai compris que ce dont j'avais besoin comme patiente était tout à fait différent de ce que je cherchais à promouvoir en tant qu'administratrice du secteur de la santé ».

La polyarthrite rhumatoïde affecte des personnes de tous âges. On ignore les causes exactes de cette maladie mais il est probable que des facteurs génétiques et environnementaux y jouent un rôle. Elle affecte près de 1 % de la population mondiale. Au Chili, où vit Mme Rodriguez, 100 000 personnes sont atteintes de cette maladie chronique.

Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique, des soins de santé de qualité sont des soins qui reposent sur « un bon équilibre entre les meilleures pratiques cliniques et ce qui est conforme à l'intérêt du patient, tel que déterminé par le patient lui-même », explique Mme Rodriguez. « On n'a pas toujours besoin d'un médecin capable de répondre avec des mots abstraits à toutes nos questions. On a besoin de gens qui comprennent comment nous arrivons à gérer notre état ».

Elle est convaincue que les patients atteints d'une maladie chronique qui affecte énormément leur vie quotidienne ont surtout besoin d'avoir le sentiment de contrôler leur traitement. « En tant que patiente, je sais à quel but je veux parvenir. Le personnel de soins peut m'aider à comprendre s'il m'est possible d'atteindre ce but et m'aider à le faire. Pour moi, là est le test de la qualité des soins de santé ».

Cecilia Rodriguez et sa sœur Lorena, dont la polyarthrite rhumatoïde avait été diagnostiquée plusieurs années auparavant, ont créé une organisation à but non lucratif pour apporter une aide aux personnes atteintes de cette maladie et plaider en faveur de l'amélioration des soins dispensés aux patients. « Nous avons décidé d'appeler l'ONG Me Muevo (« Je me déplace ») parce que



1. www.rheumatoidarthritis.org.

nous avons appris qu'avec cette maladie, il est nécessaire de maintenir son corps en mouvement, et parce que *me muevo* signifie aussi 'je me bouge' ou 'je ne reste pas passive' », dit-elle.

Me Muevo fait partie d'un mouvement croissant d'organisations créées par des patients au Chili. Mme Rodriguez a servi de porteparole à un regroupement d'associations qui a mené avec succès des activités de plaidoyer pour obtenir que certains médicaments délivrés sur ordonnance soient vendus à un prix plus abordable. En 2016, le Chili a adopté la loi Ricarte Soto sur les traitements particulièrement coûteux. « Je ne paie plus aujourd'hui que 200 USD par an pour tous mes médicaments, alors qu'auparavant ces mêmes médicaments me coûtaient 1 500 USD par mois », indique Mme Rodriguez.

« Les systèmes de soins sont généralement conçus pour traiter les maladies aiguës et rarement organisés de manière à aider les patients atteints d'une maladie chronique à surmonter les obstacles de la vie quotidienne », déclare Mme Rodriguez.

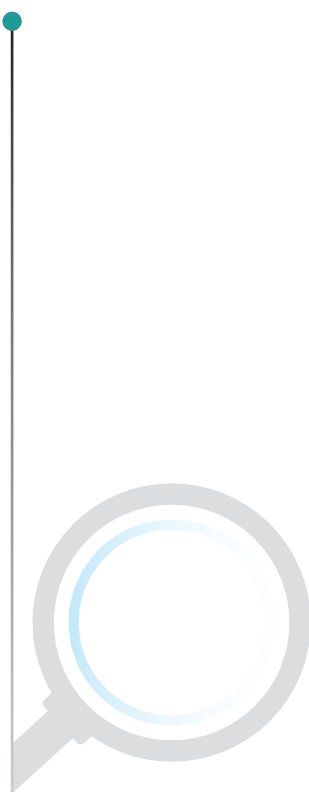
Elle mentionne à ce propos l'exemple de sa sœur qui travaille et doit se rendre en trois lieux différents – ce qui lui prend au moins cinq heures – pour obtenir les médicaments sur ordonnance dont elle a besoin chaque mois. « La qualité des soins signifierait pour elle de pouvoir aller chercher l'ensemble de ses médicaments le samedi matin à l'établissement de soins primaires proche de son domicile », dit-elle. Mme Rodriguez est également favorable à l'idée de permettre aux patients de noter certains faits dans leur dossier médical entre les rendez-vous avec leur médecin pour aider ce dernier à adapter éventuellement leur traitement. « En cas de flambée inflammatoire, par exemple, je pourrais indiquer dans le dossier ce que j'ai fait pour la maîtriser et mon médecin aurait déjà cette information lorsque je me rendrais à mon rendez-vous trois ou quatre mois plus tard », dit-elle.

Mme Rodriguez a suivi aux États-Unis un programme sur la gestion d'une maladie chronique par le patient qui l'a aidée à mieux vivre avec les conséquences de sa maladie, et l'organisation qu'elle a créée s'efforce de rendre ce programme accessible aux patients de son pays. « Investir dans des activités de formation pour aider les patients à prendre en charge eux-mêmes leur maladie peut contribuer à réduire l'ensemble des coûts de santé. C'est pourquoi nous avons décidé d'introduire ce programme au Chili », dit-elle. Sept cent personnes ont pu avoir accès à cette formation l'an dernier par l'intermédiaire du système public.

Image page précédente : © Rawpixel/ iStock



Chapitre 2 **Présentation
de ce document**



Conscientes du retard existant au niveau mondial dans la compréhension, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services de santé, l'OMS, l'OCDE et la Banque mondiale se sont associées pour produire ce document : *La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*.

2.1 OBJECTIFS

Ce document vise à répondre aux buts suivants :

- décrire à l'intention des gouvernements ce que signifie la qualité des services de santé et son importance en vue de la réalisation des objectifs généraux de santé publique qu'implique la couverture santé universelle ;
- fournir aux gouvernements une vue d'ensemble des approches fondées sur les données aptes à assurer et améliorer la qualité des services de santé ;
- lancer un appel à l'action au niveau national et international.

2.2 PORTÉE

Ce document s'adresse aux décideurs qui souhaitent introduire dans leurs systèmes de santé les éléments fondamentaux requis pour l'amélioration de la qualité des soins. Il examine comment la qualité des soins peut être placée au cœur des services de santé. Il n'a pas pour but de fournir des directives techniques aux personnel de santé de première ligne ; ceux-ci néanmoins pourront y trouver des informations utiles. Il ne s'occupe pas non plus des implications éventuelles de la qualité dans certains domaines techniques particuliers.

2.3 CONTENU

Ce document s'ouvre sur un chapitre expliquant les raisons de l'importance de la qualité des services de santé (chapitre 1), suivi d'une brève présentation de son contenu (chapitre 2). La partie principale de cette publication comprend trois chapitres consacrés aux aspects essentiels de la qualité (chapitres 3 à 5), suivis au chapitre 6 par un appel à l'action en faveur de la qualité.

- **Chapitre 3. La qualité des soins de santé : situation dans le monde.** Ce chapitre offre un tableau général de la qualité des services de santé. Les données présentées montrent que, dans la plupart des pays, en particulier les pays à bas et moyen revenu, la qualité des soins est sous-optimale, et que les progrès en matière de qualité s'accompagnent d'une amélioration des résultats de santé.
- **Chapitre 4. Mettre la qualité des soins au cœur des systèmes de santé.** Ce chapitre montre combien il importe que les mécanismes d'assurance, de contrôle et d'amélioration continue de la qualité constituent dès l'origine des éléments à part entière des systèmes de santé, et aborde un certain nombre de points clés à prendre soigneusement en compte pour améliorer la qualité des soins de santé à l'échelon national.
- **Chapitre 5 : Comment agir concrètement pour améliorer la qualité.** La qualité est une notion complexe qui présente de nombreux aspects différents et exige, par conséquent, la conception et le déploiement simultané de mesures distinctes diversement assorties. Ce chapitre montre l'importance des politiques et stratégies nationales comme vecteurs d'amélioration de la qualité et décrit toute une gamme de moyens susceptibles d'être employés à cette fin.
- **Chapitre 6 : Appel à l'action en faveur de la qualité.** Ce chapitre adresse un appel à l'action aux responsables de l'élaboration des politiques de santé qui cherchent à réaliser l'objectif de l'accès à des services de santé de haute qualité centrés sur la personne pour tous. Cet appel est animé par un sentiment d'urgence car, si nous n'agissons pas dès maintenant, la réalisation des objectifs de la santé publique risquerait d'être remise en cause.

Ces chapitres sont suivis d'une annexe présentant une série de mesures susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité. Ces mesures ont été sélectionnées en raison de leur impact potentiel sur la qualité par le biais de la réduction des risques de préjudice pour les patients, de l'amélioration des modalités de prestations de soins de santé de première ligne et du développement de capacités systémiques d'amélioration de la qualité. Ces exemples d'interventions mettent en évidence certaines des possibilités et des options qui s'offrent aux dirigeants, aux gestionnaires et aux praticiens des systèmes de santé, ainsi qu'aux décideurs soucieux de faire progresser la qualité des soins.



Chapitre 3 **La qualité
des soins de santé :
situation dans le monde**





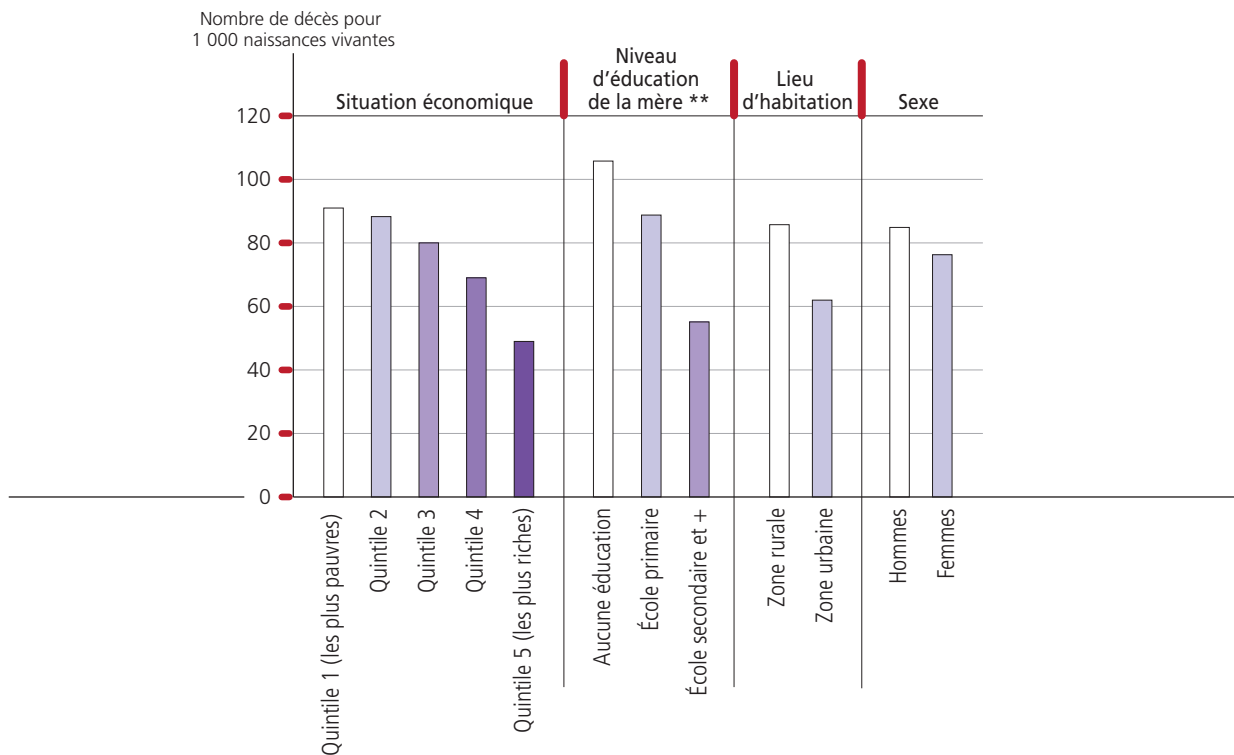
« À quoi cela sert-il d'offrir des soins maternels gratuits et d'obtenir une proportion élevée de naissances en établissement si la qualité des soins laisse à désirer ou est même dangereuse ? »

Margaret Chan, ancienne Directrice Générale de l'OMS, Assemblée mondiale de la santé, mai 2012

3.1 L'IMPÉRATIF DE LA QUALITÉ EN VUE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

Pendant les années 2000 à 2015, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont permis d'accélérer les progrès au niveau mondial en vue de la réalisation des objectifs de santé des populations dans les pays à revenu bas et moyen. La mortalité infantile mondiale a diminué de 53 %, la mortalité maternelle de 43 % et le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH a baissé de plus de 38 % (22). Ces progrès, cependant, ont été extrêmement inégaux. Parmi les populations pauvres et isolées des régions rurales, la mortalité évitable est demeurée élevée. Par exemple, parmi les enfants de moins de cinq ans dans les pays à revenu bas ou moyen, on observe toujours d'importants écarts de mortalité entre les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres et ceux qui vivent dans les ménages les plus riches, entre les enfants de mères ayant un niveau d'éducation très faible et les enfants de mères ayant un niveau d'éducation très élevé, et entre les enfants vivant dans les zones rurales et ceux qui vivent dans les zones urbaines (Graphique 3.1).

Graphique 3.1 Mortalité infantile médiane avant 5 ans au regard des facteurs d'inégalité, 2005–2012*



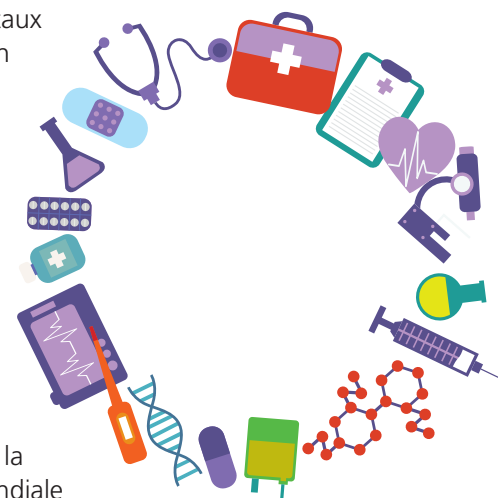
* Taux médian des 49 pays pris en compte

** Les données manquent pour 10 pays.

Source : Organisation mondiale de la santé (22).

Les enquêtes systématiques consacrées aux services de santé essentiels dans les pays à forte mortalité font apparaître de graves insuffisances dans la qualité des soins reçus. Dans l'une de ces enquêtes portant sur huit pays d'Afrique subsaharienne, la couverture effective ajustée pour tenir compte de la qualité tournait en moyenne autour de 28 % pour les soins prénataux, 26 % pour le planning familial et 21 % pour la prise en charge des enfants malades, et était nettement inférieure à la couverture correspondant aux services élémentaires (23). Dans cinq pays d'Afrique subsaharienne, plus de 40 % des accouchements en institution ont lieu dans un établissement de soins primaires présentant de graves lacunes en termes de ressources et d'expertise technique (24). Les OMD ne prêtaient pas particulièrement attention à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins ; pourtant, de telles insuffisances dans la qualité des soins empêchent que les progrès de la couverture des services de santé se traduisent automatiquement par une amélioration de la santé de la population. Il existe d'ailleurs une corrélation entre la faible qualité des services et un risque plus élevé de mortalité néonatale en Afrique (25). En Inde également, l'augmentation de 14 % à 80 % du nombre d'accouchements en institution n'a pas entraîné de baisse de la mortalité maternelle et infantile à cause de la faible qualité des soins dispensés dans les établissements de soins (26). Fondamentalement, le faible niveau de qualité des soins est responsable de la persistance de niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile dans les pays à revenu faible et moyen, malgré les importants progrès accomplis dans l'accès aux services de santé essentiels pendant la période des OMD.

En 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté un nouvel agenda pour le développement sous le titre *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Les ODD comprennent une gamme d'objectifs économiques, sociaux et environnementaux plus étendue que les OMD et introduisent un nouvel objectif en matière de santé : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». La couverture santé universelle constitue un aspect fondamental des ODD. Pour le dire succinctement, la couverture santé universelle exige de garantir que tous les individus et les communautés puissent avoir accès aux services de santé (promotion, prévention, soins curatifs, réadaptation et soins palliatifs) dont ils ont besoin et d'une qualité suffisante pour assurer leur efficacité, en veillant en outre à ce que l'utilisation de ces services ne les expose pas à des difficultés financières. En mettant explicitement l'accent sur la qualité des services de santé, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 reconnaît la nécessité urgente de placer la qualité des soins au cœur de l'action nationale, régionale et mondiale visant à promouvoir le bien-être pour tous.



Alors qu'au niveau international, l'attention se focalisait sur la couverture santé universelle, au niveau local, la propagation du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, avec ses conséquences dévastatrices, est venue renforcer solidement l'argument en faveur de la qualité des soins. En Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, du fait des insuffisances dans la prestation des soins qui ont conduit à l'effondrement de la confiance du public à l'égard des systèmes de santé, les mesures d'intervention et de rétablissement adoptées face à l'épidémie se sont trouvées confrontées à une tâche herculéenne. Les études consacrées au système de santé de la Sierra Leone ont mis en évidence par exemple la faible densité des ressources humaines de santé, le manque de capacités de surveillance des maladies au niveau local, le déficit infrastructurel des établissements de soins et l'insuffisance des chaînes d'approvisionnement concernant certains médicaments essentiels (27).

Les trois pays mettent depuis l'accent sur l'accès universel à des services de soins de qualité, afin de renforcer leur aptitude à empêcher le développement d'épidémies de grande ampleur à l'avenir, en accordant essentiellement la priorité à la prévention et au contrôle des infections et à la sécurité des patients. Suite à l'épidémie d'Ebola, le Liberia a établi un plan d'investissement pour accroître la résilience de son système de santé et il travaille à la création d'un fonds de financement de la santé privilégiant la qualité (Encadré 3.1). La réponse des pays d'Afrique de l'Ouest à la propagation du virus Ebola montre les liens réels et très étroits existant entre la résilience du système de santé, la qualité des soins et la sécurité sanitaire mondiale.

Encadré 3.1 **Liberia: prise en compte de la qualité dans les politiques de santé adoptées suite à l'épidémie d'Ebola**

Avant l'épidémie d'Ebola en 2014, le Liberia, pays en voie de rétablissement suite à plusieurs années d'instabilité politique et économique, avait réussi à améliorer quelque peu le niveau de santé de sa population. Cependant, la propagation du virus a mis en lumière les lacunes persistantes du système de santé de ce petit pays d'Afrique de l'Ouest, en particulier : le manque de personnel de santé convenablement formé dans les établissements de soins ainsi qu'au niveau des communautés locales ; l'absence de mécanismes de financement durables ; l'absence de structures pour soutenir les indispensables chaînes d'approvisionnement ; et l'absence de systèmes d'information intégrés sur la santé. En outre, la prévention et le contrôle des infections étaient largement inexistantes là où ils étaient le plus nécessaires, et les mécanismes de liaison entre services de santé et communautés locales étaient inadéquats. Ces diverses insuffisances ont empêché la prestation de soins de qualité et permis à l'épidémie de se répandre rapidement.

Le Plan d'investissement 2015–2021 pour le développement d'un système de santé résilient au Liberia a été développé en réponse à l'épidémie. Ce plan a pour objectifs de : recouvrer les gains sanitaires perdus à cause de l'épidémie, s'attaquer aux vulnérabilités préexistantes, renforcer la confiance du public à l'égard du système de santé, et parvenir à la sécurité sanitaire. L'un des buts stratégiques du plan d'investissement est d'accélérer le développement de l'accès universel à des services de santé sûrs et de qualité, en améliorant l'aptitude du réseau sanitaire à délivrer les services essentiels. Le gouvernement du Liberia est conscient de l'importance du succès de la mise en œuvre de ce plan d'investissement – avec sa forte insistance sur la qualité des soins – pour que le pays soit en mesure à l'avenir de prévenir et détecter de nouvelles flambées de maladies infectieuses et d'y répondre.

La réalisation des objectifs de santé figurant dans les ODD exigera de nouveaux investissements financiers, qui devront passer d'un montant initial de 134 milliards USD à 371 milliards USD par an d'ici 2030 (28). Les soins de faible qualité sont inefficients, entraînent le gaspillage de ressources déjà limitées et contribuent à augmenter le coût de l'extension de la couverture santé. Les traitements inutiles, sans effet sur les résultats de santé, sont en particulier source d'inefficience. L'emploi abusif d'antibiotiques pour traiter les infections aiguës des voies respiratoires dans les pays à revenu faible et moyen, par exemple, entraîne en moyenne une augmentation de 36 % du coût des soins (29). Les erreurs dans la prestation des soins ont aussi des incidences négatives sur

la santé des patients, avec les coûts supplémentaires qui en résultent pour le système de santé. Une étude récente portant sur les pays de l'OCDE montre que plus de 10 % des dépenses hospitalières est consacré à remédier à des erreurs médicales évitables ou à traiter des infections nosocomiales (3).

Lors de la Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé en 2017, les ministres ont reconnu que les objectifs d'efficience et de qualité se recoupent, en soulignant que l'évaluation et l'amélioration de la qualité devront être au centre des efforts visant à obtenir des résultats sanitaires à un coût le moins élevé possible (30).

Investir dans des systèmes de santé de haute qualité en vue de la couverture santé universelle permettra d'accélérer le rythme des progrès obtenus grâce à la promotion de la santé, tout en renforçant la sécurité sanitaire mondiale et en optimisant l'utilisation des ressources financières.

3.2 COMMENT DÉFINIR LA QUALITÉ DES SOINS ?

La qualité des soins désigne *le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles* (31). Cette définition sous-entend qu'il est possible de mesurer la qualité des soins et que celle-ci, ultimement, a pour but d'améliorer les résultats sanitaires, et non d'accroître simplement l'offre de services ou de perfectionner les processus du système de santé, et doit en outre refléter les souhaits des principales parties prenantes, en particulier les usagers des services de santé et les communautés locales. Puisqu'elle englobe l'ensemble des services de santé, cette définition de la qualité des soins couvre aussi bien les soins curatifs que les soins préventifs, les soins en établissement que les soins dans la communauté, qu'ils s'adressent à des individus ou à des populations. Ce champ d'application est particulièrement important s'agissant des pays qui sont confrontés à une charge croissante de morbidité due aux maladies non transmissibles et dont les systèmes de santé doivent fournir des services s'étalant sur la totalité du cycle de vie, notamment dans un but de réduction des risques, de détection et de gestion des pathologies, de réadaptation, et aussi sous forme de soins palliatifs. Avec l'augmentation croissante des données sur l'efficacité de diverses modalités de prévention et de contrôle des maladies, cette définition de la qualité des soins reconnaît également la nécessité de mécanismes pour assurer que soient systématiquement prises en compte les nouvelles bases factuelles dans la prestation des services de soins.

Quelles caractéristiques des services de soins utiliser comme indicateurs de qualité ? Ce document identifie sept composantes mesurables de la qualité des services de santé qui accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.

De nombreux composantes de la qualité ont été recensées au cours des dernières décennies mais l'on s'accorde de plus en plus à reconnaître que, partout dans le monde, les services de santé doivent être à la fois efficaces, sûrs et centrés sur la personne. De plus, pour tirer pleinement parti des avantages de la qualité, les soins de santé doivent être équitables, intégrés, efficaces et dispensés en temps opportun (Graphique 3.2) (32, 33).

Prenons l'exemple de Fatima, une femme de 80 ans vivant seule depuis qu'elle a pris sa retraite il y a une quinzaine d'années. Atteinte de diabète prolongé de type 2, d'hypercholestérolémie et d'hypertension essentielle, Fatima reste généralement chez elle et sort assez peu à cause de sa mauvaise vue et de douleurs lombaires apparues depuis peu. Elle a été hospitalisée deux fois au cours des deux dernières années pour insuffisance cardiaque congestive. Elle néglige de surveiller sa pression artérielle et sa glycémie comme on le lui a conseillé, mange des plats cuisinés et ne s'est pas rendue à plusieurs rendez-vous de suivi depuis sa sortie de l'hôpital.

Graphique 3.2 La qualité des soins de santé : composantes



Source : Institute of Medicine (32).

Aujourd’hui, Fatima se présente au dispensaire en disant qu’elle manque de souffle, qu’elle sent sa poitrine se comprimer d’une façon inhabituelle et qu’elle a du mal à rester allongée. Elle indique aussi avoir du mal à se souvenir des factures qu’elle a à régler tous les mois. L’infirmière présente remarque que Fatima se répète et a du mal à trouver les mots exacts pour décrire ses symptômes. Pendant les quatre semaines suivantes, Fatima devra recevoir des soins de plusieurs prestataires de santé, notamment un diététicien, un prestataire de soins primaires, un cardiologue et un travailleur social. Les points suivants décrivent ce que devraient être des **soins de haute qualité** pour Fatima au regard des sept composantes de la qualité :

- **des soins efficaces**, c’est-à-dire des soins conformes aux connaissances scientifiques et aux lignes directrices basées sur des données probantes. Dans le cas de Fatima, l’équipe de soins devra appliquer les méthodes de traitement clinique de l’insuffisance cardiaque et des affections concomitantes chez les patients âgés qui ont été développées sur la base d’informations factuelles et de l’expérience du traitement de cas similaires. L’équipe cherchera à rassurer Fatima en lui indiquant qu’elle va recevoir des soins basés sur les données et qu’une procédure systématique sera mise en route afin d’établir un plan de gestion intégré entre les divers prestataires chargés de s’occuper d’elle ;
- **des soins sûrs**, c’est-à-dire des soins réduisant au minimum les risques de préjudice pour le patient, notamment les lésions évitables et les erreurs médicales. Dans chaque établissement de soins, des directives claires doivent être appliquées afin de prévenir les infections nosocomiales et les erreurs médicales. Dans le cas de Fatima, par exemple, un examen approfondi des médicaments qu’elle prend normalement devra être effectué lors de son admission afin d’éviter toute interaction avec les médicaments prescrits lors des soins en établissement ;
- **des soins centrés sur la personne**, c’est-à-dire des soins qui respectent et tiennent compte effectivement de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs. Il est compréhensible que Fatima s’inquiète et pose de nombreuses questions. L’équipe de soins pluridisciplinaire devra l’écouter et être attentive à ses préoccupations, en y répondant patiemment et en développant collectivement le plan de gestion des soins avec sa participation active ;

- **des soins fournis en temps opportun**, c'est-à-dire en évitant au maximum les retards dans la prestation et la réception des services. Les contacts avec chacun des prestataires de soins chargés de s'occuper de Fatima devront, par exemple, être organisés par un système efficient de gestion des flux de patients, notamment pour la fixation ou la modification des rendez-vous et pour notifier les patients des délais d'attente prévus. Les situations qui requièrent une intervention urgente devront être identifiées aussi rapidement que possible, en déclenchant les mesures nécessaires. Avec une planification adéquate, Fatima ne devrait pas avoir à attendre trop longtemps lors des rendez-vous de suivi ;
- **des soins équitables**, dont la qualité par conséquent ne change pas en fonction de caractéristiques personnelles comme le genre, la race, l'appartenance ethnique, la localité ou la situation socioéconomique. Les soins dispensés à Fatima devront être déterminés uniquement par les données concernant les bénéficiaires qui peuvent résulter d'un traitement, et non par d'autres considérations ;
- **des soins intégrés**, c'est-à-dire des soins coordonnés entre établissements et prestataires de soins. Une fois que Fatima sera sortie de l'établissement de soins, un travailleur social devra évaluer les possibilités de soutenir son programme de soins et, si nécessaire, la mettre en relation avec des organismes spécialisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer et d'autres services ;
- **des soins efficaces**, qui permettent par conséquent d'éviter le gaspillage de ressources, équipements médicaux y compris, de médicaments, d'énergie et d'idées. Chacun des prestataires de soins médicaux de Fatima devra pouvoir s'informer des tests et procédures qu'elle a subis précédemment au moyen d'un système interopérable de dossiers de santé électroniques, en évitant ainsi la répétition d'actes et le gaspillage des ressources. L'utilisation de médicaments génériques sera stipulée dans les directives cliniques. Les soins seront dispensés à Fatima par une équipe bien soudée, chacun des membres exploitant ses points forts en s'occupant des tâches adaptées à ses compétences.

En résumé, des soins de haute qualité sont des soins adéquats, dispensés au bon moment de façon coordonnée en tenant compte des besoins et des préférences des clients des services de santé, et en réduisant au minimum les risques de préjudice pour les patients et le gaspillage de ressources. Des soins de santé de haute qualité visent en définitive à accroître les chances d'obtenir les résultats sanitaires souhaités. Cependant, la recherche de la qualité exige de reconnaître que l'amélioration de la qualité des soins est un processus continu et dynamique qui n'a rien de statique. Dans tout pays, quel que soit son niveau de revenu, si les résultats sanitaires peuvent encore être améliorés, cela veut dire que la qualité des soins peut, elle aussi, être portée à un niveau supérieur.

3.3 TOUR D'HORIZON MONDIAL DE LA QUALITÉ DES SOINS

Pour analyser l'évolution de la qualité des soins de santé dans le monde, un accord est nécessaire sur la définition et le champ d'application d'indicateurs de qualité permettant les comparaisons entre pays. Cependant, il n'existe pas aujourd'hui de séries de données recueillies au niveau mondial sur la base d'indicateurs de la qualité reposant sur des définitions uniformes. Il n'existe pas non plus de consensus au sujet d'une série minimum d'indicateurs standardisés de la qualité des soins pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des ODD concernant la santé dans chaque pays. Cependant, un corpus croissant de travaux s'efforce d'isoler des indicateurs pour soutenir les efforts engagés au niveau national, régional et international en vue d'améliorer la qualité,



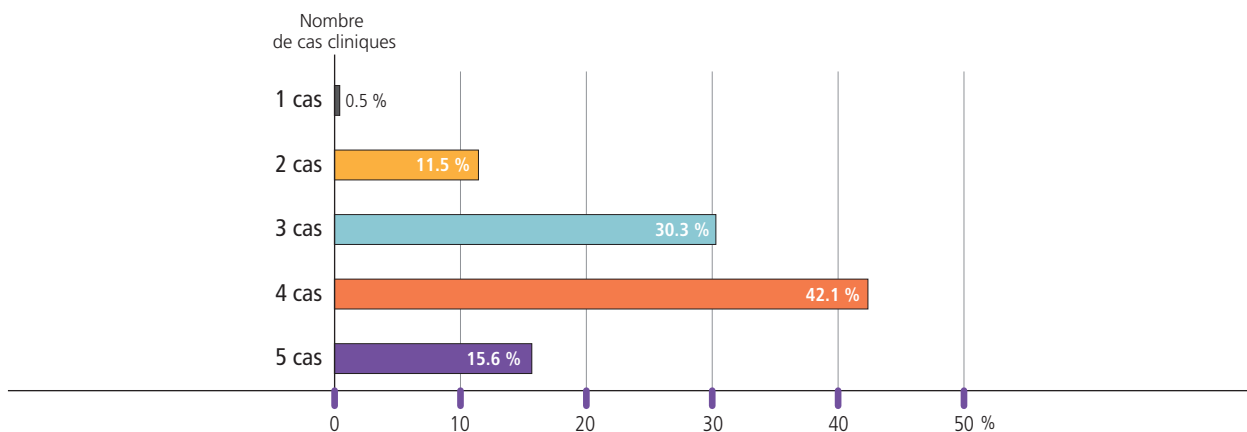
notamment le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, les indicateurs de prestation de services de la Banque mondiale, ainsi que l'Observatoire de la santé mondiale et les enquêtes démographiques et sanitaires de l'OMS (34-37). Les pages qui suivent s'appuient à la fois sur les données provenant de ces sources, sur des enquêtes représentatives menées auprès des ménages dans différents pays et sur des études empiriques, afin de présenter un tableau mondial de la qualité des services de santé.

Ce tableau porte essentiellement sur les mesures des processus et des résultats, c'est-à-dire sur les interventions de santé et leurs effets au regard des objectifs de santé recherchés, en tant que moyen de déterminer la qualité des soins. Ces mesures sont examinées au regard des sept composantes de la qualité des soins : l'efficacité, la sûreté, la priorité à la personne, la rapidité, l'intégration des soins, l'équité et l'efficience. La littérature scientifique et les études concernant les politiques de santé prennent également en compte certains facteurs structurels de la qualité des soins se rapportant au contexte de la prestation des services, notamment les équipements médicaux, les ressources humaines, les dispositifs d'incitation et les caractéristiques organisationnelles (38). Ce document considère que ces facteurs structurels sont à la base des soins de haute qualité sous l'angle des processus et des résultats. Le chapitre 4 examinera les fondements de soins de haute qualité.

3.3.1 Les services de santé sont-ils efficaces ?

Des soins inefficaces, c'est-à-dire des soins non conformes aux lignes directrices basées sur les données, peuvent être dus soit à la non-connaissance, soit au non-respect de ces lignes directrices par les prestataires, quel que soit leur degré de familiarité avec elles. Pour évaluer la qualité des soins, on peut s'appuyer sur l'examen des dossiers médicaux, des entretiens avec les patients à l'issue d'une procédure ou d'une intervention médicale, l'observation directe de l'interaction entre clients et prestataires de soins de santé, des patients types ou des cas cliniques. Les cas cliniques permettent de mesurer le degré de connaissance qu'un prestataire de soins a des protocoles basés sur les données prévus pour telle ou telle situation clinique, tandis que d'autres types de mesures saisissent essentiellement le degré de conformité avec ces protocoles.

Graphique 3.3 Nombre de cas cliniques diagnostiqués correctement par des prestataires de soins au Kenya (nombre total de cas : 5)



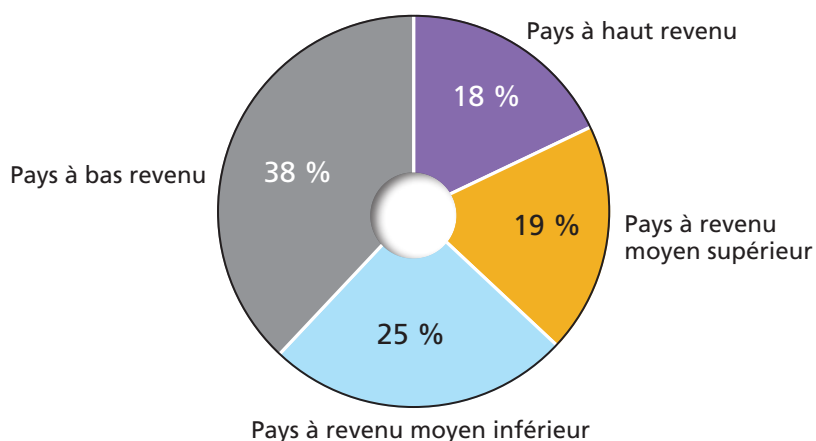
Source : Martin and Pimhidzai (41).

Les patients types offrent des exemples constants de maladie et permettent par conséquent de comparer la qualité des soins entre des prestataires différents. Cette méthode de mesure de l'efficacité permet aussi d'éviter les biais d'observation et les erreurs de mémoire (39). Comme les maladies les plus fréquentes varient d'un pays à l'autre, de même que le tableau clinique de chaque maladie, il n'est pas possible de comparer systématiquement l'efficacité des soins entre les prestataires de différents pays. Néanmoins, des données croissantes font apparaître des lacunes dans la connaissance et le respect des directives cliniques fondées sur les données parmi les prestataires de soins dans les pays à revenu élevé, moyen et faible. Au Kenya, par exemple, 16 % seulement des prestataires de soins ont diagnostiqué correctement les cinq patients présentés sous forme de cas cliniques pour évaluer leurs connaissances (Graphique 3.3) (40). Et, dans une étude portant sur des médecins de l'ex-République yougoslave de Macédoine et des États-Unis d'Amérique, le pourcentage moyen de diagnostics corrects était respectivement de 48 % et de 67 % (41). Quelle que soit la méthode de mesure utilisée, on observe aussi d'importants écarts entre le niveau de connaissance des prestataires de soins et leurs pratiques effectives. Ce constat vaut pour des pays aussi différents que le Danemark, l'Inde, le Kenya, les Pays-Bas et la République-Unie de Tanzanie (42-45).

3.3.2 Les services de santé sont-ils sûrs ?

Les préjudices causés à des patients occupent la quatorzième place parmi les facteurs contribuant à la charge de morbidité mondiale. La charge correspondante pèse majoritairement sur les pays à revenu faible et moyen (Graphique 3.4) (14). Les causes principales de préjudice varient selon le contexte et peuvent inclure les erreurs de diagnostic et de médicament au niveau des soins primaires, les escarres et les effets indésirables dans les soins de longue durée, les infections nosocomiales et les erreurs de site chirurgical dans les soins hospitaliers (46-48). Le risque d'événements dangereux dans le cadre des services de santé est très élevé (14) et, au coût direct du traitement nécessaire pour remédier à ces événements, viennent s'ajouter les coûts résultant de la perte de productivité et de la baisse de confiance à l'égard du système de santé.

Graphique 3.4 Charge de morbidité due à des événements indésirables associés aux soins, 2015



Note : Pourcentage moyen des AVC : correspondantes par pays.

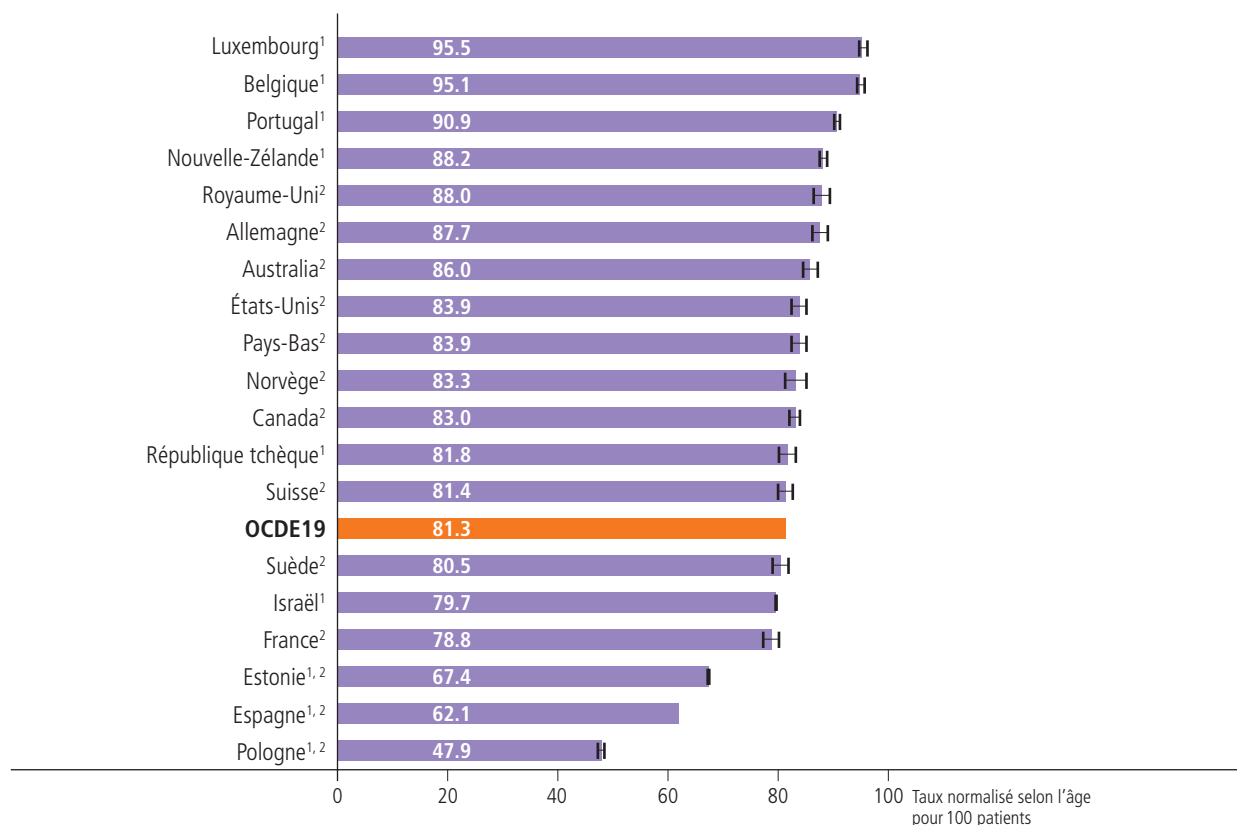
Source : Institute of Health Metrics and Evaluation, 2015.

Environ 15 % de l'activité et des dépenses hospitalières dans les pays de l'OCDE est associé à des manquements en matière de sécurité. Pourtant, nombre d'événements indésirables peuvent être évités. Les données montrent que, dans les pays à revenu faible et moyen, plus d'un événement indésirable sur trois se produit dans une situation ne présentant pas un niveau de complexité élevé et que jusqu'à 83 % de ces événements pourraient être évités (49). Le coût des manquements à la sécurité des patients dépasse aussi de loin celui de la prévention. On estime que l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux conventionnés par Medicare aux États-Unis a permis d'économiser 28 milliards USD entre 2010 et 2015.

3.3.3 Les services de santé sont-ils centrés sur la personne ?

Le degré de prise en compte systématique des besoins et des préférences des patients dans les services de santé varie entre les pays à revenu élevé, moyen et faible. Dans les systèmes des pays à haut revenu, des institutions et des dispositifs de mesure ont été mis en place pour suivre l'expérience des patients et leur perception de leur état médical et de leur santé en général. Bien que les attentes et les approches concernant la priorité à donner à la personne varient d'un pays à l'autre, la plupart des utilisateurs des services de santé des pays de l'OCDE décrivent en termes positifs leur expérience des soins, en indiquant avoir reçu des explications dans un langage clair et avoir eu la possibilité d'exprimer leurs préoccupations et de participer à leur traitement (Graphique 3.5) (50).

Graphique 3.5 Fourniture par le médecin d'explications dans un langage clair (2013 ou année la plus proche)



Note : Intervalles de confiance à 95 % = H-I.

1. Sources nationales.

2. Les données portent sur l'expérience des patients avec leur médecin régulier.

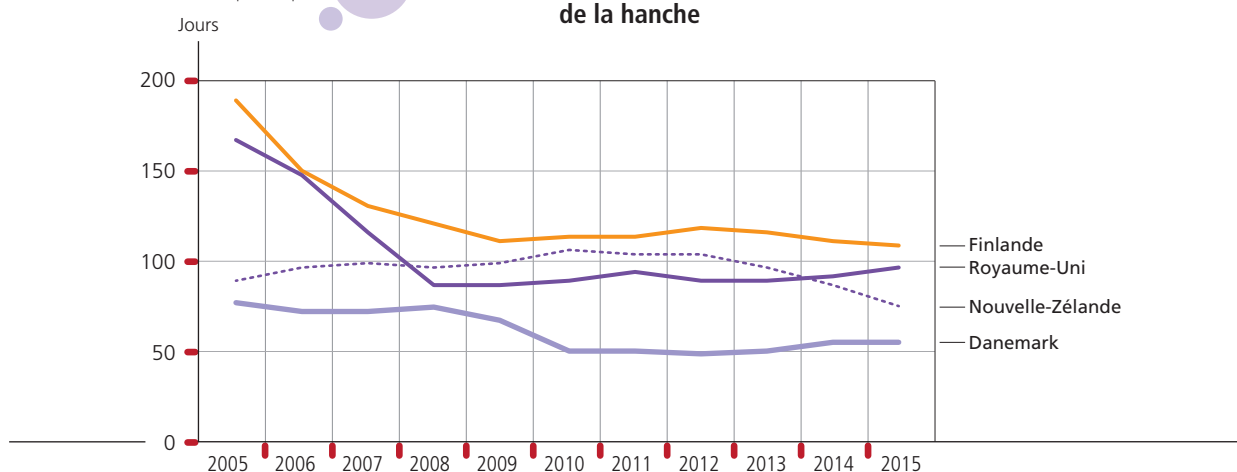
Source : Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 et autres sources nationales.

En revanche, la priorité à la personne ainsi que le respect et la compassion à l'égard du patient dans les pratiques de soins ne sont pas encore prévalents dans les pays à revenu faible et moyen. Des études de plus en plus nombreuses sur les soins de maternité respectueux montrent par exemple que, dans ces pays, l'interaction avec les prestataires de soins est perçue négativement par les femmes, qui se sentent exclues des décisions de soins les concernant et, souvent, ne sont même pas informées des modalités concrètes de ces soins (51, 52).

3.3.4 Les services de santé sont-ils fournis en temps opportun ?

Le temps d'attente pour les procédures chirurgicales électorales et urgentes est un critère de prédiction du niveau de satisfaction des utilisateurs des services de soins (53–55). Dans les situations urgentes, les retards dans la fourniture d'un traitement adéquat peuvent aussi être cause de décès évitables (56). Néanmoins, les délais d'attente correspondant à différents services de santé varient entre les pays de l'OCDE. Le temps d'attente moyen pour une arthroplastie de la hanche, par exemple, était en 2015 de 42 jours environ aux Pays-Bas, de 290 jours en Estonie et de plus de 400 jours au Chili et en Pologne. Ce temps d'attente a diminué en Finlande et en Nouvelle-Zélande et, après une période de convergence, s'est relativement stabilisé depuis 2008 dans nombre de pays tels que le Danemark et le Royaume-Uni (Graphique 3.6) (2). On dispose de beaucoup moins de données permettant de comparer les temps d'attente pour certains services de santé entre les pays à revenu faible et moyen. Les études empiriques menées à l'échelon national font apparaître des temps d'attente assez longs. À Barbade, par exemple, les temps médians observés dans une étude consacrée à un service d'urgence sont de 10 minutes pour le triage, 213 minutes pour les résultats de laboratoire et 178 minutes pour le premier examen par un médecin (57). Dans un service de soins ambulatoires du Nigeria, 74 % des usagers attendent entre 60 et 120 minutes pour se faire inscrire et un délai supplémentaire avant de voir un soignant (58).

Graphique 3.6 Évolution du temps d'attente moyen pour une arthroplastie de la hanche



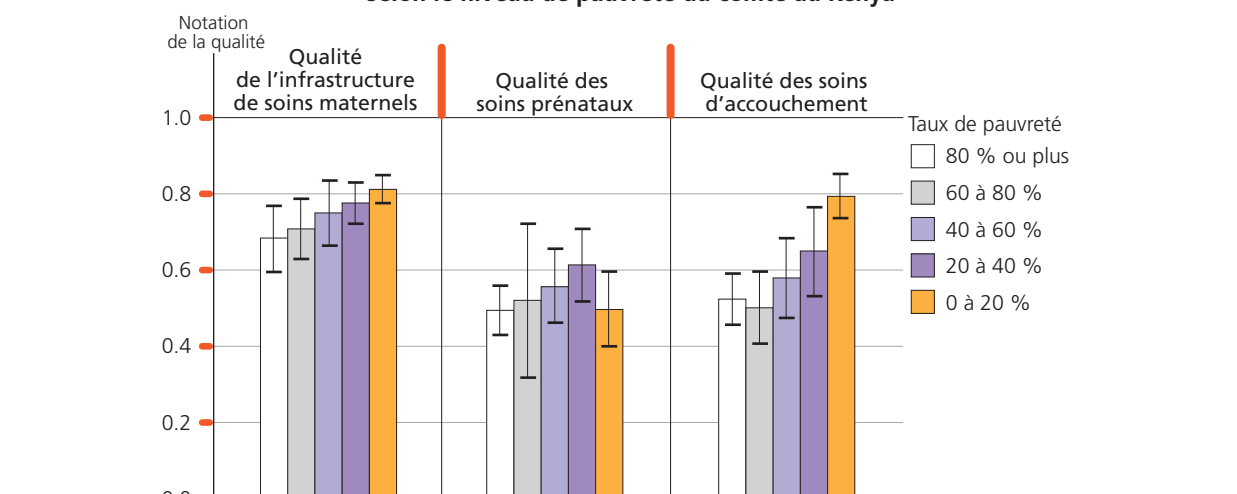
Source : Panorama de la santé 2017 (2).

3.3.5 Les services de santé sont-ils équitables ?

On observe partout dans le monde des écarts dans la qualité des soins, mais ces écarts sont nettement plus marqués pour les groupes de population défavorisés. Les rapports publiés à ce sujet aux États-Unis (*National Healthcare Disparities Reports*) prennent en compte la qualité des soins depuis 2010. En 2015, la moitié des mesures de la qualité n'avaient pas changé ou s'étaient aggravées par rapport aux années antérieures parmi

les catégories de population à bas revenu. Et plus de la moitié des mesures de la qualité n'avaient pas changé ou s'étaient aggravées parmi les populations rurales (59). Au Canada, les patients ayant subi un infarctus du myocarde qui appartiennent à un groupe autochtone ont moins de chances de recevoir le traitement recommandé, en particulier une angiographie et une procédure de revascularisation (60). Au Kenya, la qualité des services de santé maternelle est la plus faible dans les comtés les plus pauvres du pays où 17 % seulement des femmes ont accès à des soins d'un niveau minimal au moment d'un accouchement (Graphique 3.7) (61). En Inde également, les personnes vivant dans un ménage de statut socioéconomique peu élevé à l'intérieur d'une communauté pauvre ont moins de chances de recourir aux services de prestataires de soins compétents (62).

Graphique 3.7 **Qualité de l'organisation et des procédures des services de santé maternelle selon le niveau de pauvreté du comté au Kenya**



Source: Sharma *et al.* (63).

3.3.6 Les services de santé sont-ils intégrés ?

Avec le développement des maladies chroniques et des maladies non transmissibles, un nombre croissant d'individus vivent avec des affections chroniques nombreuses et complexes qui nécessitent une coordination des soins à tous les niveaux tout au long de leur cycle de vie. La continuité et la coordination des soins permettent d'améliorer la vie des personnes atteintes de ces maladies, qui ont besoin d'un soutien particulier, et aussi leur expérience des soins. Néanmoins, de graves lacunes subsistent en matière de coordination des soins de santé, y compris dans les pays à haut revenu. Une enquête portant sur des patients présentant des besoins complexes en matière de soins dans onze pays à revenu élevé constate l'existence de problèmes de coordination, par exemple la non-transmission de résultats d'analyse ou d'un dossier médical en vue d'un rendez-vous, la duplication des analyses, le non-partage d'informations importantes entre prestataires de soins, la non-communication à un spécialiste d'informations concernant l'histoire médicale d'un patient ou la non-communication au médecin régulier d'informations sur les soins prescrits par un spécialiste (63). Une analyse conjointe des données relatives aux soins primaires et aux soins secondaires dispensés à des personnes âgées de 62 à 82 ans par 200 médecins généralistes en Angleterre montre que les patients qui consultent plus fréquemment le même médecin généraliste sont moins souvent hospitalisés pour des affections se prêtant à un traitement ambulatoire (64).

3.3.7 Les services de santé sont-ils efficaces ?

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2010* estime qu'entre 20 et 40 % environ de l'ensemble des ressources du secteur de la santé sont en fait gaspillées (65). Les causes principales de l'inefficacité dans la prestation des services incluent : l'utilisation de médicaments inadéquats, l'assortiment inadéquat des ressources humaines, la surutilisation du matériel médical ou le suréquipement, la corruption et la faible utilisation de l'infrastructure. Les écarts géographiques injustifiés dans la prévalence des procédures et de l'intensité des soins permettent d'estimer indirectement la surutilisation des ressources, et donc le degré d'inefficacité. En Inde, par exemple, le taux d'utilisation des antibiotiques pour le traitement de la diarrhée aiguë, qui est de 43 % dans les établissements publics, atteint 69 % dans les établissements privés. On observe aussi un écart d'un coefficient de 9 dans le recours aux interventions coronariennes percutanées au niveau international et un écart d'un coefficient de 5 dans l'utilisation du pontage coronarien parmi les pays de l'OCDE (66). Ces écarts ne s'expliquent pas par des différences de morbidité cardiovasculaire. L'inefficacité des soins de santé due à la surutilisation des ressources et à d'autres causes a des incidences négatives sur les résultats de santé de la population. À dépenses de santé égales, l'espérance de vie à la naissance pourrait augmenter en moyenne de deux ans dans les pays de l'OCDE si l'ensemble de ces pays devenaient aussi efficaces que les pays les plus performants (67).

3.4 CONCLUSION

En dépit des progrès non négligeables obtenus dans l'accès aux services de santé pendant la période des OMD, l'amélioration de la qualité pourrait contribuer à abaisser encore les taux de mortalité et de morbidité évitables, qui restent élevés. La charge de mortalité maternelle et infantile qui subsiste par exemple dans les pays à revenu faible et moyen est due en grande partie à la faible qualité des services de santé. C'est pourquoi les ODD mettent explicitement l'accent sur la qualité des services de santé comme moyen d'atteindre la couverture santé universelle dans tous les pays.

Des services de santé de haute qualité impliquent la prestation de soins adéquats au bon moment, en tenant compte des besoins et des préférences des utilisateurs de ces services et en réduisant au minimum les risques de préjudice pour les patients et le gaspillage des ressources. Des soins de qualité augmentent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et doivent être conformes à sept critères mesurables : l'efficacité, la sûreté, la priorité donnée à la personne, la rapidité, l'équité, l'intégration des soins et l'efficacité. Quel que soit le niveau de revenu d'un pays, s'il est possible d'améliorer les résultats de santé, cela veut dire que la qualité des soins peut, elle aussi, être portée à un niveau supérieur.

Pour surveiller l'évolution de la qualité des soins conformément au programme des ODD, un consensus est nécessaire sur des indicateurs clés permettant les comparaisons entre pays. Les données empiriques tirées du corpus croissant d'études sur la mesure de la qualité montrent que des écarts subsistent aujourd'hui dans tous les domaines de la qualité des services de santé au niveau mondial. Ces écarts présentent une opportunité d'améliorer la qualité des soins et la santé des populations.

Ce que veut dire la qualité pour moi

M. Bafana Msibi, Directeur exécutif des contrôles de conformité,
Bureau de conformité aux normes sanitaires
Afrique du Sud

« Les soins infirmiers constituent l'épine dorsale de tout système de santé », déclare Bafana Msibi, Directeur exécutif des contrôles de conformité du Bureau de conformité aux normes sanitaires de l'Afrique du Sud. « Dans notre pays surtout, mais aussi dans d'autres pays d'Afrique, les soins primaires sont assurés essentiellement par du personnel infirmier ».

En tant que responsable exécutif du secteur de la santé travaillant depuis plus de quinze ans pour un organisme indépendant ayant pour mission d'assurer la qualité des soins et la conformité aux normes de santé des établissements de soins publics et privés, Bafana Msibi est bien placé pour comprendre l'importance du rôle du personnel infirmier dans la délivrance de soins de santé de qualité.

La qualité des soins se résume pour lui à « utiliser les ressources disponibles pour dispenser des soins optimaux aux usagers ».

M. Msibi reconnaît toutefois que le soin du patient exige d'adopter une approche holiste qui, parfois, ne se limite pas au seul traitement clinique. « Vous constatez qu'une patiente présente tels ou tels symptômes puis, lorsque vous cherchez à la traiter, vous vous apercevez que ces symptômes sont dus au stress », dit-il. Le rôle du personnel infirmier est décisif parce qu'il passe plus de temps avec les patients que tous les autres membres du personnel de soins. En outre, il participe directement à la mise en œuvre des mesures de précaution visant à garantir la sûreté de l'environnement médical dans son travail quotidien.

En Afrique du Sud, tout infirmier diplômé doit travailler pendant un an dans une communauté locale après ses quatre années d'études. Placés sous la supervision de professionnels expérimentés qui leur servent de mentors, ces nouveaux diplômés sont ainsi exposés à un large éventail de problèmes médicaux. Ils acquièrent aussi une solide connaissance des communautés qu'ils servent. Le savoir et les compétences que les jeunes infirmiers acquièrent pendant cette période les préparent efficacement aux exigences de leur métier.



« Quand j'étais jeune, j'ai travaillé dans un dispensaire rural. Lorsque des patients arrivaient avec un problème exigeant des soins plus importants, nous les envoyions consulter un médecin ou bien nous appelions une ambulance pour les conduire à un hôpital. Il existe des dispensaires dans la plupart des régions et, là où il n'y en a pas, des dispensaires mobiles effectuent régulièrement des visites. Le fonctionnement de la plupart de ces dispensaires est assuré par des infirmiers ou des infirmières », ajoute M. Msibi.

En Afrique du Sud, certains infirmiers ou infirmières occupent des fonctions de haut niveau telles que directeur d'hôpital ou responsable de district, indique M. Msibi, mais il serait souhaitable qu'un plus grand nombre d'entre eux accèdent à des postes de direction. « La profession infirmière doit produire des leaders du système de santé qui sont issus de ce système, le connaissent à fond et ont aussi appris à connaître les processus d'élaboration des politiques en son sein ».

Bafana Msibi, qui a mené une enquête dans un hôpital public lors de la préparation de son master de santé publique, souhaiterait qu'un plus grand nombre d'infirmiers et d'infirmières aient également la possibilité de réaliser des travaux de recherche. La participation d'un plus grand nombre d'infirmiers et d'infirmières à l'élaboration des politiques en tant que membres de comités consultatifs, de commissions ou de conseils d'administration contribuerait, à son avis, à améliorer la qualité des soins.

Le Bureau de conformité aux normes sanitaires au sein duquel travaille M. Msibi négocie actuellement un mémorandum d'accord avec le Conseil des infirmiers d'Afrique du Sud et d'autres organes représentant les professions médicales en vue de renforcer la coopération entre les services de santé. La réalisation d'inspections conjointes des hôpitaux, par exemple, devrait permettre d'accroître l'efficacité et d'assurer le respect de normes exigeantes en matière de soins. « Lorsque l'on développe des modèles ou des cadres pour améliorer la qualité, il faut veiller à obtenir la participation de tous les acteurs, en mettant au premier plan les valeurs de la profession », déclare M. Msibi. « Nous avons tous intérêt en définitive au maintien de la qualité des soins et, si l'on veut la qualité, il faut créer les conditions nécessaires à un travail d'équipe positif ».

Image page précédente : © ranplett/iStock

Chapitre 4 **Mettre la qualité
au cœur des systèmes
de santé**





4.1 INTRODUCTION

Des services de faible qualité – même accessibles à un coût abordable – sont un obstacle à la mise en œuvre effective de la couverture santé universelle. En effet, les communautés locales s’abstiendront d’utiliser des services dans lesquels elles n’ont pas confiance et qui ne leur sont guère bénéfiques. C’est pourquoi il est indispensable que des mécanismes visant à assurer, contrôler et améliorer en permanence la qualité soient mis en place au niveau de chacun des éléments essentiels des systèmes de soins.

Ce chapitre examine cinq de ces éléments sans lesquels un service de santé, quel qu’il soit, ne saurait exister : le personnel de santé ; les établissements de soins ; les médicaments, les appareils médicaux et d’autres outils technologiques ; les systèmes informatiques ; et le financement. La simple mise à disposition de ressources n’est pas suffisante. Des efforts conscients et continus sont requis pour assurer que ces ressources sont utilisées de manière efficace, sûre et adaptée individuellement aux besoins des patients. Les questions de gouvernance, ainsi que les outils, les techniques et l’économie politique de la réforme, sont examinées dans le chapitre suivant.

Un système de soins complet permet aux individus d’avoir accès tout au long de leur vie à un continuum de soins incluant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies, la réadaptation, le soutien affectif et psychologique, et les soins palliatifs. Trois principes essentiels doivent sous-tendre la conception d’un système de santé : les services de soins doivent être conçus de manière à pouvoir répondre aux besoins locaux ; des soins primaires accessibles à tous et de haute qualité doivent constituer le socle sur lequel reposent l’ensemble des autres services ; et les individus et les communautés locales doivent participer à la conception, à la prestation, à l’évaluation et à l’amélioration de chacun des services (68). Les exigences d’amélioration de la qualité doivent pénétrer l’ensemble des activités depuis les services de première ligne jusqu’au niveau systémique.

4.2 ÉLÉMENTS CLÉS D’UN SYSTÈME DE SOINS DE HAUTE QUALITÉ

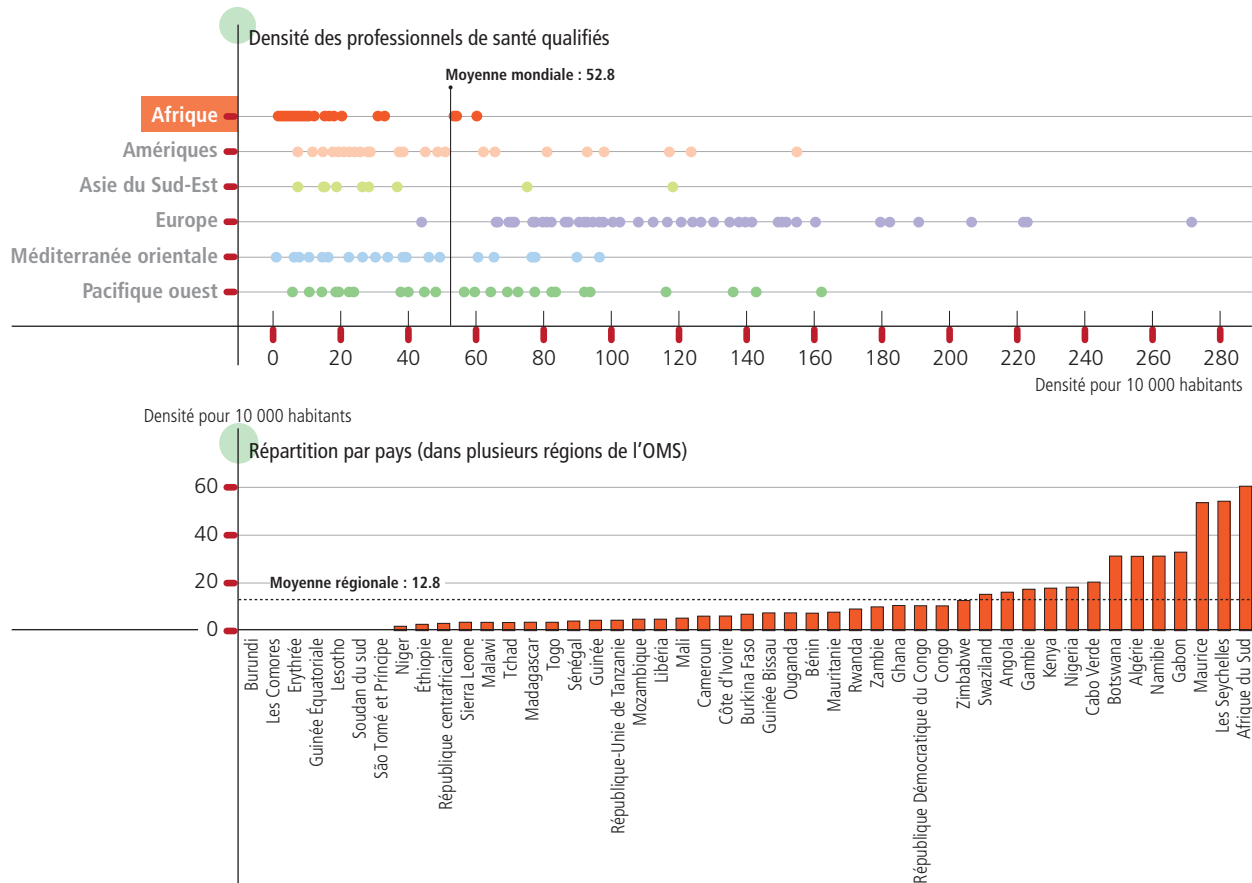
4.2.1 Un personnel de santé motivé et bénéficiant d’un soutien adéquat pour être en mesure de fournir des soins de qualité

Des médecins, un personnel infirmier et d’autres professionnels de santé compétents sont indispensables à la prestation de soins de haute qualité aux individus, aux familles et aux communautés locales. On estime que 2.5 millions de médecins, 9 millions d’infirmiers, d’infirmières et de sages femmes et 6 millions d’autres professionnels de santé manquent aujourd’hui dans le monde. En conséquence, les soins de base sont souvent inexistantes ou dispensés de façon inadéquate (69). Le problème est particulièrement grave dans les pays les plus pauvres (Graphique 4.1). Cependant, même dans les économies développées, le personnel de santé est trop fréquemment concentré dans les villes, ce qui fait que la qualité des soins est souvent inférieure dans les zones rurales ou les régions isolées. Et, même à l’intérieur des villes, certains quartiers – par exemple les bidonvilles ou les quartiers pauvres – souffrent particulièrement du manque de personnel de santé.

L’existence d’agents de santé locaux compense parfois dans une certaine mesure le manque de personnel de santé. Il s’agit de personnes ayant été formées à fournir certains services de santé, ou bien à surveiller et traiter certaines maladies transmissibles et non transmissibles. Ces personnes sont généralement issues des communautés qu’elles servent, ce qui leur permet potentiellement de jouer un rôle de médiation dans les initiatives visant à développer la participation des communautés locales. La mise en place d’agents de santé locaux est un moyen de surmonter les obstacles culturels et

linguistiques, tout en élargissant l'accès aux soins et en créant de nouveaux types d'emploi. Les données montrent que ces agents locaux sont capables de dispenser des soins efficaces et sûrs pour ce qui concerne les maladies infantiles, de réduire la propagation des maladies transmissibles et non transmissibles, de promouvoir une nutrition saine et de fournir des services de planning familial, tout cela à un coût peu élevé (70). Dans les situations à faibles ressources, les agents de santé locaux ont un impact positif sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile (71). L'expérience plus que cinquantenaire de mise en œuvre de programmes de ce type montre que la fonction d'agent de santé local doit être rémunérée et non bénévole, impliquer certaines responsabilités spécifiques pas trop étendues, reposer sur la formation initiale, la formation continue et le contrôle permanent, être intégrée aux équipes de soins primaires et être insérée dans des boucles rétroactives de communication de données (72).

Graphique 4.1 **Densité et répartition des professionnels de santé qualifiés par région de l'OMS, 2005-2016**



Source : Observatoire de la santé mondiale (34).

L'existence d'un personnel de santé ne garantit pas à elle seule la qualité des soins. En effet, les soignants sont parfois dans l'incapacité de consacrer suffisamment de temps à chaque patient, ne disposent pas des compétences nécessaires pour formuler un diagnostic correct, ou prescrivent un traitement inadéquat (73). Les médecins ruraux du sud de la Chine consacrent en moyenne 1.6 minute seulement à chaque consultation et ne posent au patient que 18 % des questions essentielles aux fins d'un diagnostic. Ils ne formulent un diagnostic tout à fait correct que dans une consultation sur quatre (44).

Outre le nombre du personnel de santé, plusieurs autres aspects essentiels doivent être pris en compte :


- **l'accessibilité des soignants**, c'est-à-dire la facilité avec laquelle les individus peuvent contacter ou consulter un professionnel de santé compétent, que ce soit en personne ou par communication téléphonique ou vidéo ;
- **leur acceptation par les patients**, notamment la question de savoir s'ils pensent qu'ils ont été traités avec respect et que leur point de vue a été pris en compte dans les décisions relatives à leur santé ;
- **la qualité de leur travail**, c'est-à-dire les connaissances, compétences et comportements des professionnels de santé au regard des normes admises, telles que perçues par les usagers des services de santé ;
- **l'assortiment de compétences et le travail d'équipe**, c'est-à-dire la question de savoir si le groupe de professionnels de santé (et, dans certaines situations, de travailleurs de santé non professionnels) dispose des connaissances et des compétences requises pour répondre à la morbidité et à la mortalité locales spécifiques ;
- **le caractère propice de l'environnement**, c'est-à-dire les conditions matérielles, juridiques, financières, organisationnelles, politiques et culturelles dans lesquelles a lieu la prestation de soins de haute qualité.

La première étape du développement d'un personnel de santé de qualité doté de la panoplie de compétences adéquate passe par l'élaboration d'une stratégie nationale détaillée visant à remédier à court et à long terme aux lacunes du personnel de santé, que ce soit en termes de nombre, de répartition et de rétention. Une stratégie de planification du personnel de santé doit cependant éviter de porter atteinte à d'autres systèmes de santé en cherchant à attirer le personnel qualifié d'autres pays. Plusieurs années sont parfois nécessaires avant qu'une politique de développement du personnel de santé porte ses fruits. La solution la plus efficace et la plus durable à la pénurie de personnel de santé dans les régions rurales consiste à former des étudiants appartenant aux communautés rurales, notamment en créant des écoles de formation aux soins dans les régions isolées.

La modernisation des programmes de formation initiale des travailleurs de la santé, afin de leur permettre d'acquérir les compétences médicales et infirmières essentielles, constitue un point de départ évident et qui pourtant reste difficile à mettre en œuvre dans de nombreux pays (Encadré 4.1) (74).

La formation continue est aussi une priorité pour garantir que les professionnels de santé maintiennent et améliorent leurs connaissances et leur savoir-faire – qui englobe une gamme étendue de compétences – tout au long de leur vie de travail. Les systèmes de santé s'efforcent de plus en plus de rendre la formation professionnelle continue – et même la recertification – obligatoires.

Et là où la formation continue n'existe pas encore, les décideurs ont encore la possibilité de travailler en collaboration avec les associations professionnelles pour encourager le développement de la formation continue et en évaluer l'impact (75). Enfin, l'intégration des principes de qualité et d'amélioration de la qualité dans les enseignements et les programmes de la formation initiale et de la formation continue est cruciale pour parvenir à développer un personnel de santé compétent capable de dispenser des soins de haute qualité.



Encadré 4.1 Étude de cas : formation et rétention du personnel de santé dans les régions sous desservies des Philippines

Deux écoles de médecine des Philippines s'occupent principalement de recruter et de former des étudiants pour qu'ils puissent travailler ensuite dans les régions mal desservies du pays. L'École de médecine de l'Université Ateneo de Zamboanga et l'École des sciences de la santé de l'Université des Philippines à Manille font partie du réseau THEnet (Training for Health Equity Network). Ce réseau international d'écoles de médecine cherche à promouvoir la prise en compte des besoins des communautés sous desservies à toutes les étapes de l'enseignement médical et dans tous ses aspects, depuis la localisation d'un établissement de formation aux soins de santé jusqu'au contenu des programmes d'enseignement. Les fonctions d'enseignement et de mentorat doivent aussi être assurées par des personnes qui pratiquent la médecine au sein de la communauté locale.

L'École de médecine de l'Université Ateneo a ouvert ses portes en 1994 dans la ville de Zamboanga située à l'extrémité sud ouest de l'île la plus au sud des Philippines, en faisant naître l'espoir d'un meilleur accès aux soins de santé parmi une population de 3.2 millions d'habitants. L'école de médecine la plus proche se trouvait auparavant à 400 kilomètres. À l'époque, 80 % des 100 municipalités de la région n'avaient pas de médecin. La région connaissait un taux élevé de mortalité infantile et une forte prévalence des maladies transmissibles. En 2011, une enquête a montré que, sur les 164 personnes diplômées depuis l'ouverture de l'école, 85 % pratiquaient la médecine dans la région, la moitié dans des régions rurales ou isolées ; globalement, 90 % des diplômés sont restés travailler aux Philippines, alors que la proportion au niveau national est de 32 % seulement. Entre 1994 et 2008, le taux de mortalité infantile a baissé d'environ 90 % à Zamboanga, dépassant de loin la baisse moyenne nationale de 50 %. L'école continue à recruter des étudiants de la région et le contenu de la formation qu'elle dispense reflète étroitement les besoins sanitaires de la population locale.

Source : Organisation mondiale de la santé (76) ; Cristobal et Worley (77).

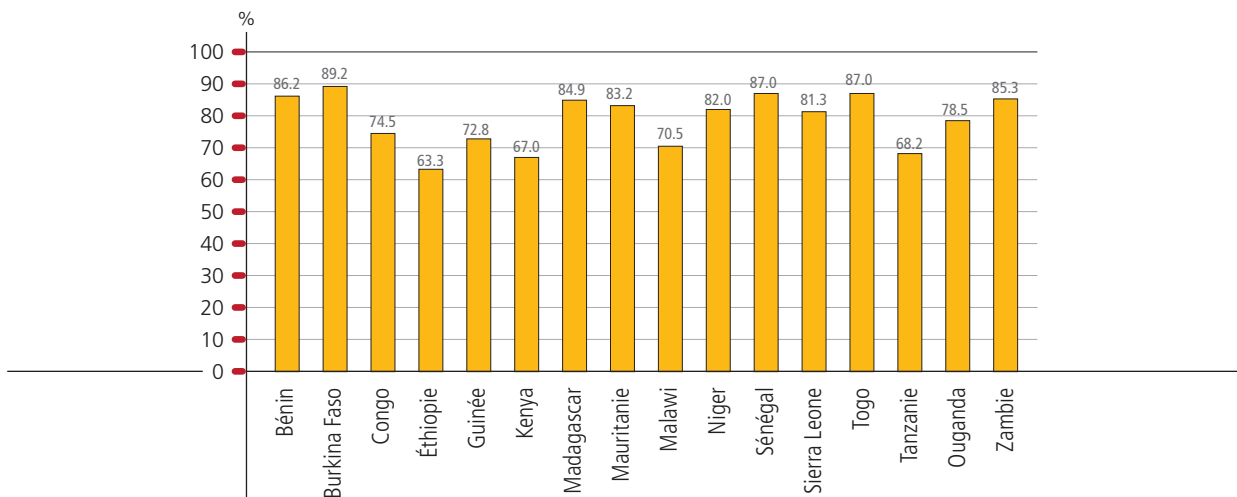
4.2.2 Des établissements de soins accessibles et bien équipés

Des écarts importants subsistent dans la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé. La densité du réseau d'hôpitaux et de dispensaires varie énormément à l'intérieur de chaque pays et d'un pays à l'autre. Les communautés rurales les plus pauvres sont souvent distantes de plusieurs heures des soins de base. En Afrique subsaharienne, des outils aussi élémentaires qu'un thermomètre ou un stéthoscope sont présents dans un peu plus de la moitié des établissements de soins en Éthiopie, alors qu'au Burkina Faso, on les trouve dans le quasi totalité des établissements de soins (Graphique 4.2). La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé sont des conditions nécessaires à la prestation de soins de qualité. Néanmoins, comme il est montré tout au long de ce document, elles ne sont pas suffisantes pour assurer la qualité des services de santé (78).

La qualité des établissements de soins dépend en premier lieu de plusieurs critères fondamentaux tels que l'existence d'une source d'eau propre, d'une alimentation fiable en électricité, d'un bon assainissement et d'une méthode sûre d'élimination des déchets. Une étude de 2014 a montré que moins d'un quart des établissements de soins du Nigeria disposent de systèmes fiables d'alimentation en eau et en électricité

et d'assainissement. L'OMS estime que 40 % des établissements de soins des pays à revenu faible et moyen n'ont pas accès à une eau salubre et que près de 20 % d'entre eux ne disposent pas de système d'assainissement. Ces conditions essentielles doivent bien entendu être remplies de toute urgence pour pouvoir dispenser des soins de qualité. Il n'y a pas pourtant de relation mécanique entre infrastructure adéquate et qualité des soins. Il faut aussi que des normes minimales soient mises en place et leur application contrôlée, en encourageant l'amélioration constante des établissements de soins. Les systèmes d'accréditation et d'inspection, ainsi que d'autres formes de contrôle externe et de certification, sont aujourd'hui devenus courants pour évaluer les établissements de soins sur la base de normes explicites. Cependant, les données recueillies au cours d'un contrôle externe ponctuel n'ont qu'une valeur probante limitée (80, 81). C'est pourquoi, les systèmes de santé s'orientent de plus en plus vers l'évaluation formative continue des performances des prestataires de soins, en tenant compte à la fois des résultats sanitaires et de l'expérience des patients (15).

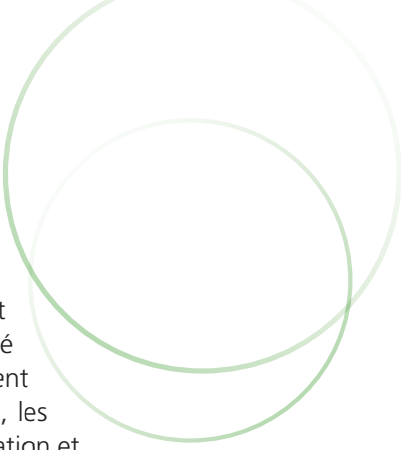
Graphique 4.2 Pourcentage des établissements de soins équipés du matériel de base en Afrique subsaharienne



Source : Initiative sur la performance des soins de santé primaires (79).

4.2.3 Des médicaments, des appareils et des technologies de conception sûre et dont l'utilisation ne présente aucun danger

L'accès fiable à des médicaments, des appareils et des technologies efficaces et sans danger, notamment pour la transfusion sanguine, est une condition indispensable à la qualité des services de soins. Restreindre activement l'utilisation de produits inefficaces et dangereux est crucial aux fins de la sécurité des patients. L'accès aux médicaments et aux technologies s'est amélioré, de même que la mise en place de normes minimales de qualité, mais d'importants écarts subsistent dans la prestation des services de base. Les graves problèmes associés aux produits de contrefaçon compliquent en outre massivement les choses. Les normes réglementaires varient énormément. Par exemple, dans certains pays, les antibiotiques peuvent être achetés sans ordonnance, ce qui favorise l'usage injustifié de ces médicaments et accroît le risque de résistance antimicrobienne (82). Même là où l'utilisation des médicaments est réglementée de façon adéquate, des erreurs – le plus souvent des erreurs de dosage – affectent environ une prescription sur dix (83).



Selon un rapport, dans les économies en développement ou en transition, 30 à 40 % seulement des patients reçoivent un traitement médicamenteux conforme aux directives cliniques (84). L'efficacité et la sûreté des médicaments et des appareils médicaux dépendent aussi fortement des patients eux mêmes. D'une manière générale, les systèmes de santé ne prêtent pas suffisamment attention à l'information et au soutien des patients quant à l'utilisation des médicaments. Le Troisième Défi mondial de l'OMS pour la sécurité des patients – Combattre les méfaits dus aux erreurs de médication – a été lancé lors de la Deuxième Réunion ministérielle mondiale sur la sécurité des patients, organisée à Bonn (Allemagne) en mars 2017, dans le but de réduire de 50 % au niveau mondial pendant les cinq prochaines années les préjudices graves et évitables dus à des erreurs de médication.

Le matériel médical doit être entretenu et ses utilisateurs formés à l'utiliser ; il nécessite aussi un soutien technique et, éventuellement, sa mise au rebut doit être décidée. Le don de matériel médical – qui tient une place importante dans certains pays à faible revenu – est parfois source de préoccupations. En effet, en l'absence de formation du personnel et d'accès aux consommables et aux pièces détachées nécessaires, le matériel ainsi obtenu peut être inutilisable ou dangereux. Trois pays sur dix ne disposent pas d'une autorité nationale réglementant le choix et les modalités d'utilisation des technologies médicales (85). Les transfusions sanguines posent un problème particulier : nombre de pays à bas revenu ne sont pas en mesure de dépister le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis dans les dons de sang. Les personnes qui reçoivent une transfusion sont donc exposées à un risque inacceptable de contamination par une maladie transmissible.

Les politiques nationales en matière de médicaments et d'appareils médicaux permettent d'assurer la fourniture de produits de qualité en quantités adéquates et à des prix abordables (les procédures standardisées d'évaluation des technologies de santé seront abordées dans le chapitre suivant). L'existence de normes réglementaires exécutoires s'appliquant à la conception, au développement, à la vente, à l'utilisation et à la mise au rebut des produits et appareils médicaux est un puissant moyen de garantir leur qualité et leur innocuité. L'introduction de lignes directrices et de listes de contrôle peut aussi favoriser leur usage adéquat au chevet du patient. Des systèmes de surveillance doivent aussi permettre de contrôler leur bonne utilisation et de détecter les accidents et les effets indésirables. Les dons volontaires non rémunérés améliorent l'offre et la sécurité du sang. La sécurité serait portée à un niveau supérieur si tous les systèmes de santé adoptaient cette méthode de collecte du sang (86). L'évaluation externe de la qualité des processus de collecte, de préparation et d'administration des produits sanguins est aussi un moyen de réduire les risques associés aux transfusions.

4.2.4 Des systèmes d'information permettant de surveiller et de favoriser en permanence l'amélioration des soins

Le développement de mesures exactes et rapides de la qualité des services de santé, de l'expérience des utilisateurs et des résultats obtenus reste difficile compte tenu du peu de ressources consacrées par les gouvernements et les donateurs aux systèmes d'information sanitaire. La plupart des pays de l'OCDE n'affectent que 2 à 4 % de l'ensemble de leurs dépenses de santé aux systèmes d'information. Dans presque tous les pays à revenu faible et moyen, ce chiffre est inférieur à 1 % (87). La conséquence en est que, dans bien des cas, les données sur les résultats et la qualité ne sont pas recueillies ou bien le sont d'une manière qui ne permet pas leur analyse ou leur comparaison en l'absence d'une terminologie standardisée. Même lorsque ces données sont collectées, leur traduction en une information pertinente aux fins de l'amélioration de la qualité demeure extrêmement problématique.

Pourtant, une bonne information sur les performances des services de santé est indispensable pour améliorer la qualité des soins. Le projet EuroHOPE (European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency) a constaté que les chances de survie après une crise cardiaque peuvent varier du simple au double à l'intérieur d'un même système de santé national (88). Pour permettre aux hôpitaux et aux dispensaires d'offrir des soins d'un niveau d'excellence équivalent, des données comparatives plus précises sur les écarts de qualité et de résultats doivent être recueillies, interprétées et utilisées en vue de diffuser les bonnes pratiques et de soutenir les établissements qui obtiennent de moins bons résultats. Outre EuroHOPE, le projet ECHO (European Collaboration for Healthcare Optimization) (89) et le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (35) illustrent l'évolution actuelle en faveur du développement de données sur la qualité au niveau mondial (Encadré 4.2).

Encadré 4.2 Étude de cas : le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé

Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé a été lancé en 2001 dans le but de faciliter les comparaisons internationales en matière de qualité des soins et de permettre ainsi l'identification et le partage des bonnes pratiques de contrôle, d'assurance et d'amélioration de la qualité. Les experts participant à ce projet proviennent de pays membres et non membres de l'OCDE, d'organisations internationales comme l'OMS, de la Commission européenne et d'institutions de recherche.

Une cinquantaine d'indicateurs (couvrant les soins primaires, les soins hospitaliers, les services de santé mentale, la sécurité des patients et l'expérience des patients) ont été recensés dans 40 pays environ. Des indicateurs comparables sur la qualité des soins ont été publiés, conjointement avec d'autres statistiques de l'OCDE concernant l'affectation des dépenses et des ressources du secteur de la santé, afin d'en faciliter l'interprétation.

Outre la collecte régulière de données, des activités de recherche développement se poursuivent en vue d'améliorer la validité, la pertinence et la comparabilité des indicateurs de la qualité des soins de santé. Le projet cherche aussi à renforcer les infrastructures informationnelles nationales afin de parvenir à la définition d'indicateurs plus fiables et plus complexes dans un nombre croissant de pays, y compris des pays non membres de l'OCDE.

Source : OCDE (35).

Trop souvent, les données dépérissent à l'intérieur de systèmes papier mal organisés ou bien sont cloisonnées dans des silos numériques mutuellement incompatibles. *Exploiter* adéquatement les données en temps opportun et *agir* sur la base de cette information est d'une importance vitale. Le projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative), une initiative mondiale lancée conjointement par l'OMS, la Banque mondiale et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), cherche à relever ce défi. Travaillant à la fois avec des organismes

internationaux et des pays particuliers, ce projet a pour but d'harmoniser les modalités de collecte et de déclaration des données de santé partout dans le monde, en permettant ainsi de suivre de près les performances des systèmes de santé et leur état d'avancement au regard des cibles des ODD concernant la santé (90). Dans un esprit similaire, l'initiative PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative) (79) a pour but l'échange de données comparables au niveau international sur les résultats des systèmes de soins primaires du monde entier, afin d'améliorer les performances de ces systèmes via le partage de résultats et de bonnes pratiques.

L'enregistrement fiable de données de base comptabilisant l'ensemble des naissances et des décès est indispensable. Un système efficace d'enregistrement de l'état civil est en fait le socle de l'infrastructure informationnelle d'un système de santé. Des registres recensant les besoins, les interventions et les résultats obtenus pour différentes catégories de patients (par exemple, les patients atteints du VIH, d'un cancer ou d'une maladie mentale) pourront ensuite être créés sur cette base.

Lors de l'enregistrement à l'état civil, un identifiant unique est attribué à chaque individu. Cela permet ultérieurement de relier les données de différents prestataires de soins et de suivre les performances des services de soins. Si les lois de protection de la vie privée empêchent la mise en relation de données anonymisées sur divers aspects de l'expérience de soins d'un individu dans des établissements et à des moments différents, il sera impossible d'évaluer la totalité de parcours de soins particuliers (Encadré 4.3).

Encadré 4.3 Étude de cas : amélioration des services d'enregistrement de l'état civil et des statistiques démographiques en Ouganda

Sur 1.5 million de naissances par an en Ouganda, une sur cinq seulement était auparavant déclarée au Bureau de l'état civil et comptabilisée dans le système national de statistiques démographiques. Les familles devaient souvent parcourir de longues distances pour faire une déclaration en personne, qui exigeait en outre le paiement d'un droit administratif. Et comme le système reposait sur l'impression de documents, il en résultait des retards fréquents dans l'émission des actes de naissance. Même parmi les naissances déclarées, dans plus de la moitié des cas, la famille ne recevait pas d'acte de naissance.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Uganda Telecom ont créé un système de déclaration de l'état civil par téléphonie mobile reliant les utilisateurs de téléphones portables et les ordinateurs des hôpitaux à un serveur central du gouvernement. Dans le cas des naissances hors établissements de soins, des volontaires – généralement le chef de village – recueillent l'information pertinente et la transmettent par téléphone portable à une base de données gouvernementales en utilisant un numéro gratuit. L'information fait l'objet d'un contrôle officiel et, si elle est jugée crédible, un acte de naissance est émis. Le volontaire local en est informé par message texte. La mise en place de ce système de déclaration par téléphonie mobile a permis d'améliorer fortement l'enregistrement des naissances, ce qui a conduit à l'extension du programme qui est maintenant utilisé dans les écoles pour enregistrer les enfants précédemment non déclarés.

Source : UNICEF (92).

La *gouvernance de l'information* demeure en fait insuffisante dans nombre de systèmes de santé. Pourtant, l'utilisation des données de santé personnelles pour surveiller et améliorer les performances des services de santé répond à un objectif public important, à condition de se plier à des modalités respectueuses de la vie privée des individus. La législation nationale doit donc assurer la protection de la vie privée des patients, tout en autorisant l'utilisation des données et une communication effective avec le public à ce sujet, ainsi que le développement au niveau mondial de normes aptes à améliorer la qualité et la comparabilité des données (91).

Le passage de données sur papier à une base de données électronique unique sur la santé, pouvant être consultée dans de nombreux contextes de soins différents, permettra de surveiller les performances des services de santé. Pour ce faire, il sera également essentiel d'aider les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs à interpréter les données relatives aux services de santé et à les utiliser pour améliorer la qualité des soins.

Des mesures particulières sont nécessaires pour améliorer la sécurité des patients. Encourager la transparence en cas d'erreurs, en favorisant le développement d'un état d'esprit fondé non pas sur le blâme mais sur la volonté d'apprendre, est une condition indispensable à cet égard. Pour cela, l'analyse doit se focaliser sur la compréhension des *causes profondes des événements indésirables* qui peuvent se produire, en examinant les nombreux facteurs ayant conduit à ou provoqué des erreurs, dont certaines peuvent entraîner un préjudice grave pour le patient. Parvenir à un consensus sur une terminologie standardisée au niveau international renforcera aussi la capacité à classer, comparer et prévenir les événements indésirables dans différents systèmes de santé.

Enfin, en 2017, les ministres de la santé des pays de l'OCDE ont décidé de procéder à l'évaluation comparative de leurs systèmes de santé sur la base d'une nouvelle génération d'indicateurs concernant l'expérience déclarée par les patients (30). Certains systèmes d'information sophistiqués permettent en effet d'enquêter directement auprès des patients pour recueillir et comparer leurs points de vue sur la qualité des soins qu'ils ont reçus et contrôler leurs résultats de santé (93). Cette méthode représente un développement important à l'appui du changement de paradigme qu'implique le passage de systèmes de mesure axés sur les prestataires de soins à des systèmes véritablement centrés sur la personne mesurant avant tout l'expérience des patients et leur appréciation des résultats (94).

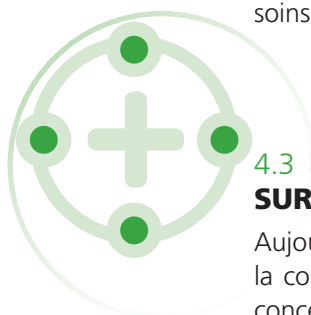
4.2.5 Des mécanismes de financement qui rendent possible et stimulent le développement de soins de qualité

Les modalités de collecte, de regroupement et d'utilisation des fonds servant au financement des services de santé ont évidemment de très fortes incidences sur la qualité et les résultats des soins. Des données convaincantes montrent tout d'abord que ces fonds doivent être recueillis et regroupés avant même que des soins deviennent nécessaires, au moyen de systèmes d'assurance obligatoire (avec subventionnement des cotisations des personnes qui n'ont pas les moyens de contracter une assurance santé). Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les individus sont obligés de payer de leur poche le jour où ils ont besoin de soins, l'alternative pour eux est ou bien de continuer à vivre sans recevoir de soins et de voir leur état s'aggraver, ou bien d'accepter que leur situation économique se détériore de façon catastrophique (65).

La manière dont le financement parvient des organismes d'assurance aux établissements de première ligne pour l'achat ou le remboursement des soins est également déterminante. Plusieurs types de mécanismes existent à cet égard : la rémunération à l'acte, la capitation ou les dotations annuelles fixes (qui sont versées

aux hôpitaux ou aux dispensaires sur la base de leurs dépenses antérieures ou de leurs dépenses prévisionnelles). Chacun d'eux présente des avantages et des inconvénients selon qu'il favorise les soins préventifs plutôt que les soins réactifs ou tend à récompenser l'activité au détriment des résultats. Il n'existe pas de méthode miracle et, en pratique, plusieurs mécanismes sont généralement appliqués conjointement. L'important dans l'optique de la qualité des soins est qu'ils soient bien assortis, tiennent compte le plus étroitement possible des besoins locaux, favorisent la coordination des soins des personnes qui présentent des besoins complexes, assurent de manière adéquate le financement des soins primaires et de la prévention, récompensent les soins de qualité et pénalisent les soins sousoptimaux. C'est la raison pour laquelle, de plus en plus, les systèmes de santé mettent en place des mécanismes reposant sur le paiement par groupe ou parcours de soins et testent des systèmes de paiement basé sur la qualité.

Parmi ces innovations, un modèle particulier, aujourd'hui appliqué aussi bien dans des pays à revenu élevé que dans des pays à bas revenu, est la rémunération au rendement (RR) ou le financement fondé sur les résultats. Des programmes soigneusement conçus, souvent limités dans le temps, rémunèrent les prestataires de soins pour la réalisation d'interventions spécifiques à forte priorité. Près des deux tiers des pays de l'OCDE ont mis en place au moins un programme RR, généralement au niveau des soins primaires. Les premières études systématiques laissent à penser que les programmes RR ou de financement sur la base des résultats ont des incidences positives sur la qualité dans les pays de l'OCDE (93). Les résultats de ce type de financement dans les pays à bas revenu sont plus mitigés, et même assez modestes du point de vue de l'amélioration de la qualité, notamment en ce qui concerne les affections non ciblées. Les innovations en matière de paiement peuvent aussi être utilisées d'une manière générale pour obtenir des avantages collatéraux durables – par exemple l'amélioration des protocoles de soins, l'amélioration de la collaboration entre prestataires de soins et l'amélioration des systèmes d'information – au regard des besoins et des activités de soins, ainsi que des résultats et du coût des services de santé.



4.3 LA QUALITÉ COMME FONDEMENT DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Aujourd'hui où les gouvernements réfléchissent aux moyens de mettre en œuvre la couverture santé universelle, trois orientations fondamentales devraient guider la conception des services de santé. Premièrement, ces services doivent être organisés de façon à répondre aux besoins de santé locaux. Cela semble aller de soi mais nombre de systèmes de santé ne sont pas fermement axés sur les besoins sanitaires de la population. En effet, les réseaux de services sanitaires existants sont parfois le legs du passé ou bien le produit d'activités de lobbying. Ils reflètent aussi dans certains cas le caractère transitoire du financement des donateurs. Les communautés locales jouent souvent un rôle tout à fait passif dans la conception des soins qui leur sont destinés. Nombre de pays à revenu faible ou moyen sont confrontés à une forte charge de morbidité due aux maladies transmissibles et leurs systèmes, par conséquent, ont été contraints de développer fortement les activités de santé publique, par exemple la veille sanitaire, les laboratoires d'analyse et les programmes de vaccination systématique. Ils ont aussi parfois reçu un important financement des organismes donateurs sous forme d'aide au contrôle ou à l'éradication de certaines maladies. De plus en plus, cependant, la charge croissante des maladies non transmissibles dans ces pays nécessite la mise en place de services capables de fournir des soins proactifs, personnalisés et durables pour prévenir les complications, aider les patients à gérer leur état et améliorer leur qualité de vie (Encadré 4.4).

Encadré 4.4 Étude de cas : besoins non satisfaits dans le traitement des maladies chroniques

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risque les plus prévalents et les plus graves de décès prématuré et d'invalidité dans le monde. Non traitée, l'hypertension peut être cause de maladie rénale, de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral (les deux derniers étant les deux principales causes de décès au niveau mondial). L'hypertension affecte environ un adulte de plus de vingt ans sur trois et sa prévalence est aujourd'hui plus forte dans les pays à revenu faible et moyen que dans les pays à haut revenu (le taux de prévalence normalisé selon l'âge est respectivement de 31.5 % et de 28.5 %). Parmi les 1.5 milliard d'individus environ atteints d'hypertension, moins de la moitié auront connaissance de leur état, 36.9 % seulement recevront un traitement approprié, et la pression artérielle d'un pourcentage aussi faible que 13.8 % d'entre eux sera effectivement contrôlée. Des écarts importants en matière de sensibilisation et de traitement existent entre pays selon le niveau de revenu : dans les pays à haut revenu, les taux de diagnostic et de traitement sont deux fois plus élevés que dans les pays à revenu faible et moyen ; la proportion de patients dont la pression artérielle est effectivement contrôlée est aussi quatre fois plus élevée.

Source : Mills et al. (96).

Une étude récente a analysé 22 initiatives visant à renforcer les soins primaires dans une dizaine de comtés en Chine, ainsi qu'au niveau national et infranational dans une douzaine de pays. Elle conclut qu'un système de soins primaires hautement performant doit remplir les huit conditions suivantes : la nécessité que les soins primaires constituent le premier point de contact des patients pour la plupart des besoins de santé ; la présence d'équipes de soins pluridisciplinaires bien rodées ; l'intégration verticale des services ; l'intégration horizontale des services ; l'utilisation de technologies de l'information et de la communication avancées ; l'intégration des voies cliniques et le bon fonctionnement de systèmes d'aiguillage des patients dans les deux sens ; l'existence de normes de mesure de la qualité et d'un retour d'information ; et la certification (95).

La deuxième exigence fondamentale devant guider la conception des services de santé est le développement de services de soins primaires de haute qualité (97). Le premier contact avec les soins, lors de l'entrée des individus dans le système de santé, doit donner lieu à un examen prolongé et systématique (Encadré 4.5). Aucune affection physique ou mentale ne doit être exclue des fonctions de veille et de coordination au niveau des soins primaires. L'enregistrement formel des individus et des familles d'une aire géographique ou autre auprès d'un prestataire de soins primaires désigné permet d'établir des profils de santé des membres de la communauté concernée, de surveiller leurs besoins et de fournir des soins préventifs. L'enregistrement permet aussi d'organiser *proactivement* les soins à l'intention des personnes atteintes d'une maladie chronique. Les soins primaires sont aussi cruciaux pour la résilience d'un système de santé et jouent un rôle déterminant dans la surveillance des maladies transmissibles ou d'autres risques, et dans la prestation des soins de première ligne en cas d'épidémie.

Troisièmement, la participation des patients, des familles et des communautés locales doit être inscrite dans la conception même d'un système de santé, et non plaquée après-coup sur ce système. Une analyse d'études contrôlées randomisées de programmes de soins

intégrés pour personnes âgées fragiles, par exemple, a montré que les programmes obtenant les meilleurs résultats sont ceux dans lesquels les personnes âgées participent directement à l'organisation des soins (98, 99).

Lorsque des groupes de patients sont encouragés à se mobiliser collectivement, chaque individu bénéficie énormément du soutien des autres personnes ayant des problèmes de santé similaires, comme le montre clairement le programme de l'OMS « Les patients pour la sécurité des patients ». Ce programme a permis le développement d'un réseau mondial de « champions de la sécurité des patients » qui cherche à promouvoir la collaboration entre patients, familles, communautés locales, soignants et décideurs, afin d'améliorer la sécurité des soins en s'appuyant directement sur l'expérience et les idées des patients (100).

Encadré 4.5 Étude de cas : les soins primaires au Costa Rica

Le secteur des soins primaires du Costa Rica offre, grâce à son caractère innovant, une base solide à l'ensemble du système de santé du pays. Il repose sur des dispensaires locaux ou « Équipes de base pour les soins intégrés » (Equipos básicos de atención integral de salud, EBAIS), qui sont les unités fonctionnelles de délivrance des soins primaires. Chaque EBAIS dessert environ un millier de ménages. Chacune comprend au moins un médecin, une infirmière et un aidesoignant. D'autres professions – travailleurs sociaux, dentistes, laborantins, pharmaciens et nutritionnistes – peuvent également soutenir le dispensaire.

Des centres de soins intégrés (Centros de atención integral en salud, CAIS) ont aussi été créés récemment pour compléter les EBAIS. Ces centres offrent une gamme plus étendue de soins primaires, puisqu'ils comprennent un service de maternité, des lits de soins intermédiaires (pour éviter les hospitalisations ou permettre aux patients de rentrer plus rapidement chez eux), un service d'interventions chirurgicales mineures, un service de réadaptation, des consultations spécialisées (par exemple pour le traitement de la douleur) et des outils de diagnostic comme la radiographie.

Un cadre détaillé d'analyse des performances des soins primaires est utilisé pour évaluer le travail des autorités de santé locales au regard d'une trentaine d'indicateurs portant sur l'accès, la continuité des soins, l'efficacité, l'efficience, le degré de satisfaction des patients et la compétence organisationnelle. Un objectif est défini à l'échelon national pour chaque indicateur et des tableaux de bord des résultats obtenus au niveau local sont publiés régulièrement, en permettant ainsi aux prestataires de soins de comparer leurs performances avec les cibles établies au niveau local, régional et national.

Les données nationales montrent que 80 % des problèmes de santé qui se présentent au niveau des soins primaires sont résolus à ce niveau, sans qu'il soit nécessaire d'aiguiller le patient vers des soins secondaires. Des lignes directrices régissent les modalités d'aiguillage des patients et une hospitalisation peut être refusée si les étapes requises n'ont pas été pleinement suivies au niveau des soins primaires. Des médecins des hôpitaux forment aussi leurs collègues travaillant dans un EBAIS à une gestion plus efficiente des soins primaires.

Source : OCDE (21).

La collaboration avec les organisations non gouvernementales, les groupes de base locaux et les organisations représentatives des patients présente aussi potentiellement d'énormes avantages.

Dans nombre de pays à revenu faible ou moyen, les organisations de la société civile s'occupant des questions de santé sont de mieux en mieux implantées (Encadré 4.6). Ces organisations ne se limitent pas à offrir conseils et soutien ; elles aident également les individus à affirmer leur droit à des soins de haute qualité.

L'examen de la littérature spécialisée produit par Laverack (101) recense les nombreux moyens par lesquels la participation des communautés locales renforce les systèmes de santé, notamment via la consolidation des réseaux sociaux, le développement de l'aptitude au leadership, la mobilisation des ressources ou le simple fait de demander « Pourquoi ? ».

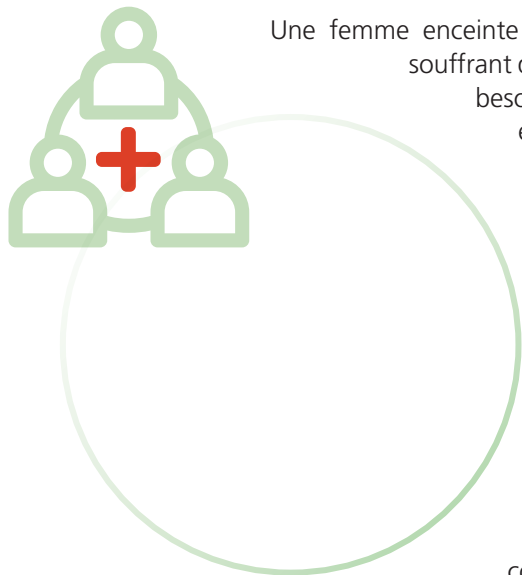
Encadré 4.6 Étude de cas : le projet « Citizen Voice and Action » de responsabilisation des communautés locales en Ouganda

La responsabilisation des communautés locales passe par l'éducation et la formation, qui constitue un premier pas important pour leur permettre de travailler avec les prestataires de soins. Avec le projet « Citizen Voice and Action » (20), par exemple, les citoyens ougandais ont la possibilité de déterminer le nombre de travailleurs de la santé ainsi que la quantité de vaccins, d'équipement et de matériel qui devraient être présents dans le dispensaire local. Ils collaborent ensuite avec le personnel de santé et la collectivité locale pour mesurer le degré de conformité de l'établissement de soins avec les normes gouvernementales.

Ils peuvent également utiliser une fiche d'évaluation établie par la communauté locale sur la base de ses propres critères pour noter l'établissement de soins, puis organiser des réunions avec les représentants de la société civile et du gouvernement et les prestataires de soins au cours desquelles l'ensemble des parties prenantes passent en revue les données et s'engagent à mettre en œuvre un plan d'action pour améliorer les services de santé.

Le projet « Citizen Voice and Action » a été introduit avec succès en Ouganda en 2004 afin de répondre aux insuffisances généralement reconnues des services de santé au niveau des soins primaires. Cette initiative avait pour but principal de renforcer la responsabilité des prestataires de soins à l'égard des patients et des citoyens en général, en instituant avec le concours d'organisations locales convenablement formées un processus que les communautés locales pourraient ensuite maintenir et gérer par leurs propres moyens. Un an après la mise en œuvre du projet, le temps d'attente dans les établissements de soins des villages participants (en comparaison avec les villages sélectionnés à des fins de contrôle) avait diminué en moyenne de 12 minutes et l'absentéisme de 13 %. La mortalité infantile avant 5 ans avait également baissé de 33 %, alors que l'utilisation de sages-femmes qualifiées avait augmenté de 58 % et le nombre de femmes sollicitant des soins prénataux s'était accru de 19 %. Les progrès ainsi obtenus se maintenaient quatre ans après le lancement du projet.

4.4 L'OBJECTIF ULTIME : DES SYSTÈMES DE SANTÉ PRIVILÉGIANT LES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE



Une femme enceinte présentant une tension artérielle élevée et un homme âgé souffrant du diabète, de l'arthrite et d'une perte auditive ont l'un et l'autre besoin d'avoir accès à toute une gamme de services qui, pour être efficaces, doivent non seulement exister dans le système de santé en général mais être présents dans les communautés locales où ces personnes vivent et travaillent. Un jeune homme atteint de schizophrénie a besoin de recevoir des soins soigneusement coordonnés pour l'aider à gérer ses problèmes de santé mentale et aussi traiter les divers problèmes physiques chroniques qui réduisent de plus de 25 ans l'espérance de vie des personnes souffrant d'une maladie mentale grave. La complexité des soins exige qu'un système de santé soit en mesure de fournir un éventail complet de services (promotion de la santé, prévention des maladies, diagnostic et traitement, gestion des maladies, réadaptation et soins palliatifs) de manière cohérente, sûre et efficace, et en tenant compte des besoins des patients et de leurs familles.

Une gouvernance efficace des systèmes de santé impose notamment de maintenir une vue stratégique d'ensemble des buts et des priorités, de produire l'information et les analyses requises pour vérifier si ces buts ont été atteints, de concevoir des normes, des politiques et des processus aptes à guider le système dans la direction souhaitée, et d'établir et d'encourager des liens de collaboration à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé.

Inscrire dans la législation nationale le droit à l'accès aux soins de santé sur la base des besoins représente un pas important sur la voie de la couverture santé universelle. L'expérience montre cependant que les engagements de jure ne se traduisent pas toujours dans les faits par un accès à des soins de bonne qualité. La création d'un organisme national chargé du contrôle et de l'amélioration de la qualité constitue également un pas important. Dans l'idéal, cet organisme devrait être indépendant des assureurs et des prestataires de soins et être habilité à recueillir, analyser et publier des données sur la qualité et les résultats des soins. Il pourrait aussi être chargé de diffuser les enseignements tirés des pratiques les plus performantes et d'aider les services qui obtiennent des résultats plus médiocres à remédier à leurs insuffisances.

Des soins centrés sur la personne exigent d'un système de santé :

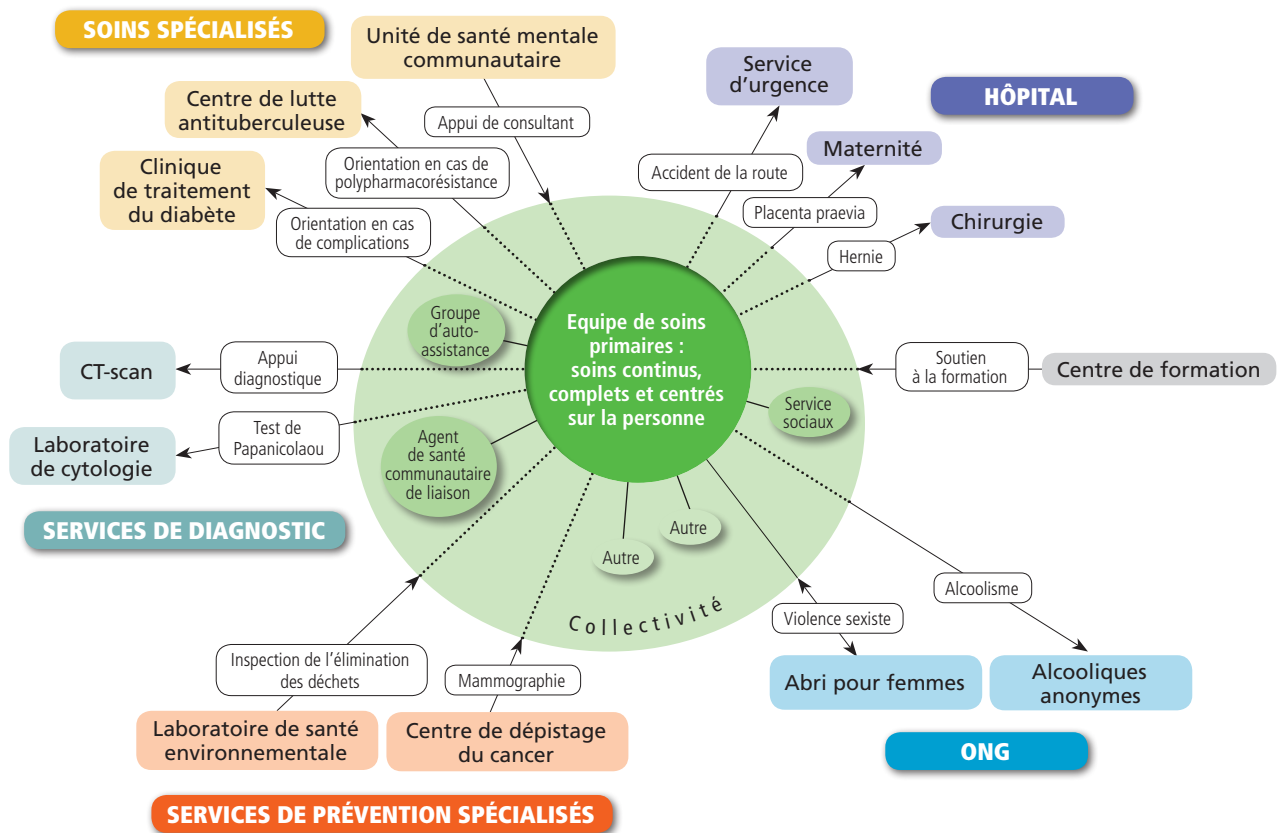
- *la continuité* – de la prévention des maladies aux soins palliatifs – entre les services (soins intensifs et radiologie, par exemple) et entre les niveaux de soins (soins primaires et soins spécialisés) pour l'ensemble du cycle de vie ;
- *la coordination* entre différents contextes de soins de façon à répondre aux besoins particuliers des individus et de leurs soignants ;
- *l'exhaustivité*, de façon à étendre la gamme de services – de la promotion de la santé aux soins palliatifs – accessibles aux individus et aux communautés.

Lorsqu'un système de santé a du mal à fournir des soins centrés sur la personne, c'est souvent parce que les services de soins de ce système sont trop fortement axés sur le traitement d'affections particulières, et non sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et du bien être. Un système de ce type investit en priorité dans les soins spécialisés et privilégie la concentration des ressources. Pourtant, il est possible d'organiser les soins primaires de façon à leur faire jouer un rôle de médiation entre

les besoins de la communauté locale et la gamme des services existant à l'intérieur du système de santé. Les soins primaires contribueront ainsi au renforcement de la coordination qu'exigent les soins centrés sur la personne (Graphique 4.3). La publication régulière de rapports analysant les performances de l'ensemble du système de santé sera aussi particulièrement utile pour contrôler la prestation des services centrés sur la personne et maintenir le bon équilibre entre soins primaires et soins secondaires.

Graphique 4.3 Les soins primaires en tant que centre de coordination

Mise en réseau avec la communauté desservie et avec des partenaires extérieurs

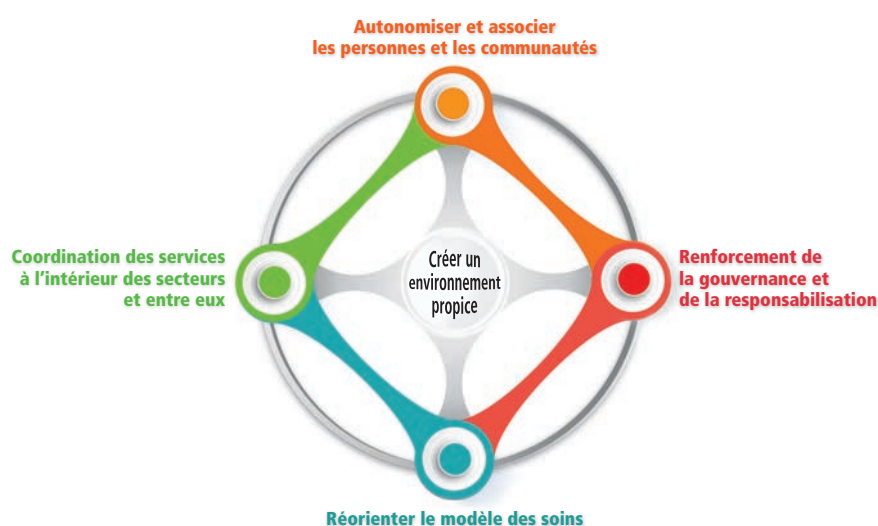


Source : Organisation mondiale de la santé (102).

L'introduction de soins centrés sur la personne est un moyen décisif d'améliorer la qualité. Cela implique de faire participer les patients aux décisions qui concernent leurs soins et de leur demander leur avis sur les résultats de ces soins, de remettre en cause les différences de résultats de santé entre prestataires de soins, d'investir plus fortement dans le développement de dossiers médicaux électroniques pouvant être utilisés dans de nombreux contextes différents, de maintenir la transparence et de promouvoir l'apprentissage en cas d'erreur, et de favoriser l'adoption de toute une gamme d'autres mesures pour améliorer la qualité des soins. Comme le déclarait Donald Berwick, expert mondial dans le domaine de la qualité des soins : « La priorité donnée à la personne n'est pas seulement un aspect de la qualité des soins de santé, elle est la clé qui ouvre la voie à toutes les dimensions de la qualité » (16).

Le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, adopté à une majorité écrasante par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2016, envisage de façon convaincante pour l'avenir une situation dans laquelle « tous les individus auront accès de façon égale à des services de santé de qualité co-produits de manière à répondre à leurs besoins tout au long de leur vie ». Il appelle à la coordination des services le long du continuum des soins et au développement d'un environnement où les soignants pourront exercer leur métier avec les compétences et les ressources nécessaires. Ce cadre propose cinq orientations stratégiques liées entre elles (Graphique 4.4) pour engager les services et les systèmes de soins sur cette voie (103).

Graphique 4.4 Cinq orientations stratégiques pour le développement de services de soins centrés sur la personne



4.5 CONCLUSION

La qualité doit être placée au cœur des systèmes de santé, quel que soit le temps nécessaire pour parvenir à la couverture santé universelle. L'adoption d'une approche du personnel de santé, des établissements de soins, des médicaments, appareils et autres technologies médicales, des systèmes d'information et du financement axée sur la qualité à toutes les étapes du développement est donc cruciale. Renforcer les fondations des systèmes de santé dans l'optique de la qualité doit venir au premier plan de la réflexion, de la planification et de l'élaboration des politiques. Des interventions urgentes sont également requises pour développer des systèmes de santé basés sur la qualité. Ces systèmes devront substituer à un modèle hiérarchique de haut en bas des réseaux et des chemins cliniques fondés sur la coopération et la collaboration, avec pour socle les soins primaires et au centre la priorité donnée à la personne dans les prestations de soins. La transformation des relations que cela implique devra s'accompagner de nouveaux mécanismes de responsabilité pour les gouvernements et les dirigeants des systèmes de santé et de mesures visant à renforcer la confiance des citoyens. L'encadré 4.7 énumère les mesures essentielles à prendre pour garantir que la qualité soit effectivement au cœur des systèmes de santé.

Le chapitre suivant décrit plus en détail les différents types de mesures à envisager et mettre en œuvre conjointement au niveau macro, méso et micro pour améliorer la qualité des soins.

Encadré 4.7 Mesures clés pour mettre la qualité au cœur des systèmes de santé

Pour garantir que la qualité soit effectivement placée au cœur des systèmes de santé dans la perspective de la couverture santé universelle, les gouvernements, les décideurs, les responsables des systèmes de santé, les patients et les praticiens devraient joindre leurs efforts en vue de :

1. maintenir un personnel de santé de haute qualité :

- en élaborant une stratégie nationale pour remédier aux insuffisances concernant le nombre, la répartition et la rétention des professionnels de santé, aussi bien à court qu'à long terme,
- en modernisant les programmes de formation des travailleurs de la santé et en intégrant dans ces programmes des principes de qualité et des méthodes d'amélioration de la qualité,
- en favorisant le développement des activités de formation continue et en évaluant leur impact ;

2. soutenir l'excellence dans tous les établissements de soins :

- en assurant la disponibilité et l'efficacité opérationnelle des services, condition nécessaire mais non suffisante de la qualité des soins,
- en facilitant l'évaluation formative et continue de la qualité des soins dispensés dans les établissements de soins,
- en recueillant et en analysant des données plus complètes sur les différences de qualité et de résultats entre établissements de soins, et en s'appuyant sur les indications ainsi obtenues pour favoriser la diffusion des bonnes pratiques et soutenir les établissements qui obtiennent de moins bons résultats ;

3. assurer l'utilisation efficace et sûre des médicaments, des appareils et d'autres technologies médicales :

- en élaborant des politiques nationales du médicament et de l'appareillage médical privilégiant l'assurance de la qualité, un approvisionnement suffisant et des prix abordables, et s'appuyant sur des méthodes standardisées d'évaluation des technologies de santé,
- en développant des lignes directrices, des listes aidemémoire et des systèmes de contrôle visant à garantir la bonne utilisation des technologies médicales, et à surveiller les erreurs, les accidents et les effets indésirables,
- en optant pour le don du sang volontaire non rémunéré et en introduisant l'évaluation externe de la qualité des processus de collecte, de préparation et d'administration des produits sanguins ;

4. veiller à l'utilisation efficace des systèmes d'information sur la santé :

- en créant des systèmes fiables d'enregistrement des naissances et des décès et en développant sur cette base un système national d'identifiants uniques pour les patients, afin de faciliter le contrôle de la qualité au niveau des différents parcours de soins,
- en remplaçant les dossiers médicaux sur papier par un système de dossiers médicaux électroniques uniques pouvant être utilisés dans de nombreux contextes de soins différents,

...

- en élaborant une législation nationale protégeant la vie privée des individus tout en permettant l'utilisation des données personnelles de santé dans un but de recherche et d'amélioration de la qualité,
- en aidant les praticiens, les gestionnaires et les décideurs à recueillir et analyser des données sur les services de santé en vue d'améliorer la qualité, et en informant effectivement le public de la manière dont ces données sont utilisées,
- en favorisant la transparence en cas d'erreurs et en développant un état d'esprit fondé sur l'apprentissage et la compréhension des causes profondes des erreurs au lieu de blâmer tel ou tel individu,
- en approuvant au niveau mondial des normes visant à améliorer la qualité et la comparabilité des données et, en particulier, d'une terminologie standardisée pour classer, analyser et prévenir les événements non souhaités,
- en incluant systématiquement des données sur les résultats des soins et l'expérience des patients dans l'évaluation de la qualité des établissements de soins ;

5. mettre en place des mécanismes de financement aptes à soutenir l'amélioration continue de la qualité :

- en réduisant le recours au paiement direct par les patients et en introduisant un système de prépaiement reposant sur le financement groupé de la plus grande partie du système de santé via l'assurance santé obligatoire, avec subventionnement des cotisations pour les personnes n'ayant pas les moyens de contracter une assurance,
- en faisant dépendre le financement des prestataires de soins des besoins de santé locaux, en favorisant la coordination des soins des personnes qui présentent des besoins complexes, et en affectant des ressources suffisantes au niveau des soins primaires, en mettant pleinement à profit l'aptitude de certains systèmes de paiement à délivrer des avantages collatéraux durables comme l'amélioration des protocoles de soins, l'amélioration de la collaboration entre prestataires de soins et l'amélioration des systèmes d'information sur les besoins et les activités de santé, ainsi que sur le coût et les résultats des soins.

Chapitre 5 **Comment agir
concrètement pour
améliorer la qualité**



5.1 INTRODUCTION

La qualité est une notion complexe qui présente de nombreux aspects différents. La recherche de la qualité exige de concevoir et de déployer simultanément des mesures distinctes diversement assorties. Comprendre l'interdépendance de ces mesures est crucial aux fins de la conception des futurs systèmes de santé. La définition de normes des services de soins, par exemple, est une composante de l'amélioration de la qualité mais, pour que ces normes soient mises en œuvre de manière fiable, des mesures supplémentaires sont requises en matière de formation et de surveillance, de contrôle de conformité et de retour d'information aux prestataires de soins. Si elle ne s'accompagne pas de ces mesures d'appui et d'autres initiatives étroitement liées entre elles, la simple création de normes restera d'un impact limité (104, 105).

Ce chapitre décrit plusieurs des leviers sur lesquels agir pour améliorer la qualité des services de santé et analyse les raisons justifiant l'élaboration de politiques et de stratégies nationales dans le domaine de la qualité. Il examine les objectifs à poursuivre généralement pour améliorer la qualité au moyen d'une gamme étendue d'interventions à tous les niveaux du système de santé, depuis l'élaboration des politiques et de la réglementation au niveau national jusqu'à la prestation directe des soins de santé individuels. Il montre comment les diverses mesures aptes à favoriser le changement sont liées entre elles et combien il importe, par conséquent, d'éviter toute approche univoque. Les mesures envisagées devraient être adaptées à l'intérieur de chaque pays en tenant compte des facteurs locaux, car les décisions relatives à la santé sont parfois prises à l'échelon infranational ou au niveau des communautés locales.

5.2 AVANTAGES D'UNE POLITIQUE ET D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE LA QUALITÉ

Le développement, le perfectionnement et la mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité sont des priorités croissantes aujourd'hui où les pays s'efforcent d'améliorer systématiquement les performances de leurs systèmes de santé.

Il est même probable que l'adoption de politiques et de stratégies nationales de la qualité soigneusement conçues et reposant sur une approche éclairée par la mise en œuvre deviendra l'une des préoccupations majeures des pays dans l'optique d'une amélioration de l'accès à des services de santé capables de résultats optimaux.

On peut se demander toutefois pourquoi les pays devraient privilégier les efforts nationaux en vue de l'amélioration de la qualité. Il est vrai que chaque pays dispose de sa propre culture, que son système de santé est le produit de son histoire propre et que sa population présente des besoins particuliers.

Néanmoins, la plupart des pays partagent certains objectifs et ont conscience du contexte stratégique dans lequel s'insèrent les soins de santé. Leurs préoccupations se recoupent sur quatre points principaux :

- l'idée que des soins sûrs de haute qualité centrés sur la personne constituent un bien public auxquels tous les citoyens doivent avoir accès ;
- la conscience du fait que l'amélioration de l'accès aux soins sans prendre en compte leur qualité ne saurait conduire aux résultats de santé souhaités pour la population ;
- l'exigence que les stratégies d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé donnent des résultats positifs dans un contexte de contraintes financières accrues ;

- la nécessité d'harmoniser les performances du secteur public et du secteur privé dans la prestation des soins, étant donné le caractère fragmentaire et hétérogène du marché du secteur de la santé ;
- la conviction de l'extrême importance de la qualité des soins aux fins de la résilience, compte tenu du contexte politique de la sécurité sanitaire nationale et mondiale ;
- l'acceptation du fait qu'une bonne gouvernance exige de répondre à la demande du public pour une plus grande transparence au sujet des normes de soins, des options de traitement, des performances et de la variation des résultats.



Pour développer et perfectionner leurs politiques et stratégies en matière de qualité, les pays devront parvenir à un consensus au niveau national. Pour ce faire, il est souhaitable qu'ils ne perdent pas de vue que toute initiative visant à améliorer les performances conformément à un objectif ultime de qualité des soins devra nécessairement tenir compte des modalités réelles des soins et des établissements où ils sont aujourd'hui dispensés.

L'élaboration de politiques nationales de la qualité des soins de santé pourra être confiée à divers organismes gouvernementaux. Dans certains pays, ces politiques s'appuieront sur la législation pour créer de nouvelles structures administratives et de gouvernance, introduire de nouveaux types d'obligations (l'enregistrement et l'agrément des médecins, par exemple) ou établir de nouveaux mécanismes réglementaires (d'accréditation et de contrôle, par exemple). La production d'un document de fond national explicite sur la qualité pourra être nécessaire dans ce contexte. Dans d'autres pays, la mise en œuvre des politiques ou stratégies nationales de la qualité pourra simplement être inscrite dans le plan quinquennal du secteur de la santé ou dans un document interne du ministère de la santé. Il n'existe pas de méthode unique à cet égard mais les approches sélectionnées incluent généralement un ou plusieurs des processus suivants :

- intégration de la politique de la qualité et de la stratégie de mise en œuvre dans le plan quinquennal officiel du secteur de la santé ;
- production d'un document de fond national spécifique sur la qualité, généralement au moyen d'un processus pluriacteurs dirigé ou soutenu par le ministère de la santé ;
- définition d'une stratégie nationale de mise en œuvre de la qualité accompagnée d'un plan d'action détaillé et incluant une section sur les domaines d'intervention essentiels ;
- adoption d'une loi habilitante et de textes réglementaires à l'appui de la politique et de la stratégie.

Les encadrés 5.1 et 5.2 ciaprès présentent des exemples de mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité dans le secteur de la santé en Éthiopie et au Soudan.

Encadré 5.1 Étude de cas : Éthiopie - Stratégie nationale pour la qualité des soins de santé 2016–2020

L'Éthiopie, deuxième pays le plus peuplé d'Afrique, compte environ 100 millions d'habitants. Depuis 1995, d'importantes réformes ont été introduites dans le secteur de la santé du pays avec la mise en œuvre d'une Stratégie pour le financement des soins de santé. Le Plan de réforme du secteur de la santé définit quatre objectifs prioritaires : garantir la prestation équitable de soins de santé de qualité ; réformer en premier lieu les services sanitaires au niveau local ; renforcer les systèmes d'information sur la santé ; et assurer le développement d'une main-d'œuvre bienveillante, respectueuse et attentionnée dans le domaine de la santé.

La Stratégie nationale de l'Éthiopie pour la qualité des soins de santé a été lancée en mars 2016. Pour rendre cette stratégie opérationnelle, la Direction de la qualité des services de santé a mis au point un outil d'amélioration de la qualité devant servir à l'audit clinique d'un certain nombre de services de soins hautement prioritaires dans les hôpitaux. Des activités de formation consacrées à la qualité des soins et aux méthodes d'audit ont été organisées à l'intention de certains membres du personnel d'encadrement de tous les hôpitaux. Le système de données sur la qualité a permis d'intégrer plusieurs indicateurs de performances essentiels dans le système d'information existant sur la gestion des services de santé (106).

La mise en œuvre de la stratégie repose sur plusieurs priorités, notamment le renforcement du Comité directeur national sur la qualité présidé par un ministre d'État, l'aide à la création de services de la qualité au sein des bureaux de la santé régionaux et des établissements de soins, le développement des capacités via la formation de cadres et la création de formes de mentorat spécifiques, la prise en compte des questions d'amélioration de la qualité dans les programmes de formation concernant les services de santé préscolaires, le renforcement des dispositifs d'évaluation et de contrôle, et la création d'une demande de qualité parmi le public, en mettant l'accent sur le respect des patients.

Encadré 5.2 Étude de cas : Soudan - Politique et stratégie nationale pour la qualité des soins de santé

Le système de santé du Soudan est un système décentralisé dans lequel le gouvernement fédéral est chargé de l'élaboration des politiques et stratégies nationales de santé et de leur coordination, les gouvernements des États fédérés sont responsables de la planification et de la mise en œuvre à leur niveau, et les entités locales s'occupent de la prestation des services sur le terrain. Le Conseil national de coordination sanitaire, un organe plurisectoriel, est la principale instance administrative du secteur de la santé.

Le souci de la qualité des soins se manifeste sporadiquement parmi le public et les professionnels de la santé. Il existe des études sur la qualité mais, en l'absence de système adéquat pour en diffuser les résultats au niveau interorganisationnel,

...

la prise de décision ne peut pas toujours s'appuyer sur les informations et données pertinentes. Des mesures sont actuellement adoptées pour remédier à ces insuffisances. Conformément au Troisième Plan stratégique national pour le secteur de la santé, une politique et une stratégie nationale pour la qualité des soins ont été formulées en 2017 ; leur mise en œuvre s'étend sur la période 2017–2020. Les quatre domaines d'intervention prioritaires suivants sont envisagés dans ces documents : renforcement de la gouvernance et de la responsabilité ; amélioration de la conformité aux normes de qualité nationales ; promotion d'une approche centrée sur la personne ; et réduction des risques de préjudice évitables pour les patients. Une attention particulière est accordée au personnel de soins, notamment sous l'angle de l'accréditation des formations, des parcours professionnels, des normes de dotation en personnel, du développement des ressources humaines des systèmes de gestion de la santé, et des systèmes d'évaluation des performances et d'audit visant à renforcer les capacités. La politique et la stratégie nationale pour la qualité des soins accordent également une forte importance à l'établissement formel de relations de partenariat avec les patients et les communautés locales.

Les prochaines étapes seront consacrées en particulier à : l'amélioration des mécanismes de coordination du système national de santé, la mise en place de mesures de rétention des ressources humaines, le renforcement du système d'information pour la gestion des services de santé, la prise en compte systématique de la qualité des soins à tous les niveaux, l'amélioration de la sécurité des patients et la prévention des infections au niveau de chaque État, et le renforcement des capacités de gestion et de mise en œuvre des politiques de santé à tous les niveaux.

Pour être tout à fait efficace, une stratégie en faveur de la qualité doit servir de pont entre l'état actuel d'un système de santé et le niveau de qualité des soins auquel aspire un pays. Elle peut aussi accélérer la réalisation des objectifs et priorités en matière de santé grâce à l'application de principes de gestion de la qualité couvrant à la fois les processus de planification, de contrôle et d'amélioration de la qualité (107). La forme et le contenu de la politique et de la stratégie nationale de chaque pays seront bien entendu variables mais il est probable que les huit éléments suivants seront systématiquement présents :

- **Priorités et objectifs nationaux de santé.** Ces priorités et objectifs aideront à orienter les ressources pour répondre aux besoins les plus pressants de la population. Le plan d'action en faveur de la qualité pourra ensuite être aligné sur eux.
- **Définition de la qualité.** La définition utilisée doit tenir compte du contexte local dans un pays et sous-tendre l'approche adoptée au niveau national. Il est essentiel qu'elle soit formulée dans la langue locale et qu'elle reflète la compréhension commune.
- **Recensement et participation des acteurs clés.** La qualité est un agrégat des composantes individuelles de l'ensemble du système de santé. Faire participer les principaux acteurs à l'élaboration de la politique et de la stratégie en faveur de la qualité permet de prendre en compte une gamme complète de facteurs aptes à promouvoir la qualité des services de santé.

- **Bilan de la situation en matière de qualité.** Déterminer l'état actuel de la qualité dans un système de santé exige d'examiner les priorités et problèmes pertinents, les politiques et programmes correspondants, les aptitudes et capacités organisationnelles, les aspects de leadership et de gouvernance, et les ressources spécifiques. Cela permet de recenser les lacunes essentielles qui requièrent une attention et les domaines des services de soins qui doivent être renforcés.
- **Méthodes et mesures de nature à améliorer la qualité.** Choisir judicieusement une série de mesures liées entre elles pour les mettre en œuvre à tous les niveaux du système de santé doit permettre d'améliorer les résultats de santé. Dans ce travail, il faut tenir compte à la fois des ressources existantes, de la faisabilité et de l'acceptabilité de telle ou telle intervention et des données d'impact.
- **Gouvernance et modalités organisationnelles de la qualité.** La gouvernance, le leadership et les capacités techniques sont autant de facteurs nécessaires à l'amélioration de la qualité. Il faut donc qu'ils soient clairement articulés. Un nombre croissant de pays ont choisi de créer une unité à l'échelon national, généralement au sein du ministère de la santé, qui coexiste avec d'autres organismes nationaux s'occupant de la qualité.
- **Systèmes d'information pour la gestion de la santé et systèmes de données.** Des données claires et précises sur les performances sont indispensables pour améliorer la qualité. Un système d'information doit par conséquent être mis sur pied pour soutenir les efforts engagés au niveau national en faveur de la qualité et, en particulier, le travail de mesure, le retour d'information sur les performances et la déclaration des résultats.
- **Mesures de la qualité.** Disposer d'un ensemble clé d'indicateurs de la qualité est crucial pour déterminer si telle ou telle intervention contribue à l'amélioration de la qualité des soins et à des progrès significatifs en termes de résultats de santé, fournir un retour d'information aux prestataires de soins et aux gestionnaires des établissements de soins, promouvoir la transparence à l'égard du public, et procéder à des évaluations comparatives pour identifier les bonnes pratiques d'apprentissage.

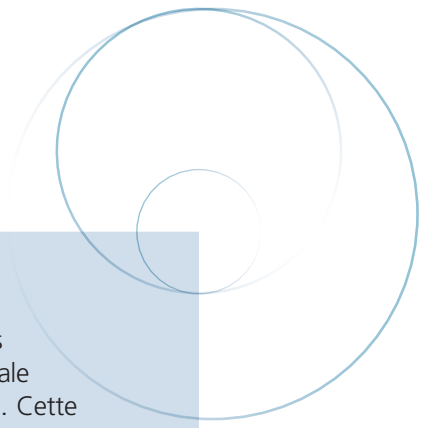
L'encadré 5.3 ci-dessous présente un exemple de mise en œuvre d'une stratégie nationale de la qualité au Mexique au moyen d'un système coordonné de gestion de la qualité.

Encadré 5.3 Étude de cas : Mexique – Stratégie nationale pour le renforcement de la qualité dans les services et établissements de soins

Le Mexique, pays d'environ 120 millions d'habitants, dispose d'un système de santé mixte comprenant à la fois des prestataires de soins publics et privés. En dépit de réformes majeures, notamment l'introduction d'un système de couverture santé gratuit en 2003, certains facteurs d'ordre démographique et épidémiologique comme le vieillissement de la population et la prévalence accrue des maladies non transmissibles continuent de peser très fortement sur le système de santé mexicain.

Une stratégie détaillée d'amélioration de la qualité dans l'ensemble du système de santé a été lancée dans le pays en janvier 2001. Elle avait pour objectifs principaux de promouvoir la qualité des soins, en tant que valeur essentielle des établissements

...



de soins tant publics que privés, et d'améliorer la qualité des services de tout le système. En 2012 a été annoncée une Stratégie nationale de renforcement de la qualité dans les services et établissements de soins, mise en œuvre par la Direction générale de la qualité et de l'éducation à la santé du Secrétariat à la Santé. Cette stratégie vise à promouvoir l'amélioration effective de la qualité dans les domaines suivants : sécurité des patients, innovation et perfectionnement des soins, gestion des risques, accréditation des établissements de soins, réglementation sanitaire, et éducation à la santé.

La mise en œuvre de la stratégie s'appuie sur un Cadre de gestion de la qualité qui définit la structure administrative devant soutenir l'amélioration de la qualité à tous les niveaux. Ce cadre privilégie cinq types de résultats : la santé de la population, l'accès effectif aux soins, la fiabilité et la sécurité des établissements de soins, la satisfaction de la population à l'égard des soins de santé, et le maintien des coûts à un niveau raisonnable. Il promeut également la participation des citoyens et un système de contrôle à base d'indicateurs a été mis en place. Un prix national de la qualité a été créé et des incitations financières offertes aux réseaux de services de santé pour le développement conjoint de projets spécifiques d'amélioration de la qualité.

Source: Secrétariat à la Santé du Mexique (108) ; Sarabia-González et al. (109) ; Ruelas et al. (110).

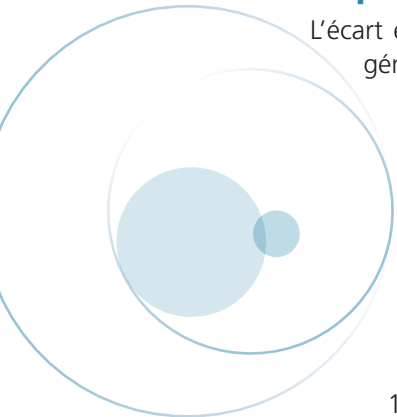
5.3 MESURES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ

Les mesures en faveur de la qualité peuvent avoir un impact significatif sur la prestation de certains soins et sur le système de santé en général. Comprendre les différentes formes d'interventions couramment déployées à cet égard et connaître les données concernant leur utilisation et leur efficacité peut permettre des choix mieux informés quant aux méthodes à adopter dans un pays. La nature des enjeux à résoudre dans différents systèmes de santé partout dans le monde est en fait assez semblable, malgré les différences de financement, de besoins de santé de la population et de capacités du personnel de santé. Les priorités – maladies transmissibles ou non transmissibles, besoins de santé des personnes âgées ou soins de la mère et de l'enfant – varient d'un pays à l'autre mais les objectifs de qualité sont partout les mêmes, à savoir :

- réduire les risques de préjudice pour les patients ;
- améliorer l'efficacité clinique des services fournis ;
- assurer la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales ;
- développer des capacités systémiques en vue de l'amélioration constante de la qualité ;
- renforcer la gouvernance et la responsabilité.

Mais qu'en est-il de l'action concrète ? Il est en effet plus facile d'approuver une liste d'objectifs que d'identifier les moyens de les mettre en œuvre. On peut néanmoins isoler sept types d'orientations généralement prises en compte par les acteurs de la qualité – prestataires de soins, gestionnaires, décideurs – lorsqu'ils cherchent à améliorer les performances du système de santé. Ces orientations sont examinées dans les sous-sections suivantes.

5.3.1 Faire évoluer les pratiques cliniques au niveau des soins de première ligne

Un diagramme composé de trois cercles concentriques de tailles décroissantes, tous en teinte de bleu clair. Le plus grand cercle est à l'extérieur, un cercle de taille moyenne est au milieu, et un petit cercle est au centre.

L'écart entre ce que l'on sait être des soins efficaces (le « connaître ») et les soins généralement dispensés par les professionnels de santé (le « faire ») est bien documenté partout dans le monde. Comblar cet écart exige de modifier de nombreuses modalités des pratiques cliniques à tous les niveaux d'un système de santé, depuis la consultation individuelle entre patient et soignant jusqu'aux différentes formes de prestation des soins. Les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel de santé sont déterminantes à cet égard. Les systèmes d'aide à la décision clinique, par exemple les protocoles écrits ou les outils électroniques, peuvent aider les professionnels de santé à dispenser des soins plus efficaces. La réduction des risques de préjudice pour les patients est un objectif clé : on estime en effet que sur 100 patients hospitalisés à un moment particulier, 7 dans les pays développés et 10 dans les pays en développement contracteront au moins une infection nosocomiale (111). À un niveau plus éloigné des patients et professionnels de santé individuels, de nouveaux modèles de soins sont également conçus et mis en œuvre afin de tenir compte de nombreux aspects de la qualité. Ces modèles expriment les bonnes pratiques actuelles de prestation de soins, aussi bien en général qu'en relation avec certains groupes de patients (par exemple, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles mentaux) ou de population (par exemple, les enfants ou les personnes âgées). Les nouveaux modèles de soins, qui sont fréquemment basés dans la communauté, sont appliqués aussi hors des murs des hôpitaux, en intégrant le rôle des organisations de soins primaires, de soins spécialisés ou d'aide sociale (104).

5.3.2 Établir des normes

La définition de normes au moyen de protocoles fondés sur les données permettrait une plus grande cohérence dans la prestation de soins de haute qualité dans divers systèmes de santé au niveau mondial. Bien que l'initiative des normes incombe souvent à des organismes gouvernementaux, il serait souhaitable que les organes professionnels jouent un rôle majeur dans ce domaine d'amélioration de la qualité, soit de façon indépendante, soit en partenariat avec les gouvernements. Certains standards cliniques portent sur des groupes de population particuliers, d'autres sur des affections ou des protocoles de traitement spécifiques. Des standards cliniques mondiaux ont, par exemple, été établis pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (112). L'introduction effective dans la pratique de standards cliniques et de modèles de soins fondés sur des normes passe souvent par des protocoles de soins et des chemins cliniques. Toutefois, si les standards cliniques constituent souvent le premier pas dans la mise en œuvre d'une stratégie nationale de la qualité, on peut craindre qu'en l'absence d'une approche holistique de la qualité, ces normes ne suffisent pas à obtenir les résultats et les progrès escomptés.

5.3.3 Favoriser la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales

Les programmes d'éducation à la santé sont un bon moyen de mettre pleinement à profit les avantages de l'approche centrée sur la personne en tant que condition indispensable à l'accès à des soins de plus haute qualité. Des données convaincantes montrent que, dans tous les contextes nationaux, les mesures axées sur la participation et la responsabilisation des patients, des soignants et des familles contribuent à l'amélioration des soins, notamment en termes de qualité des comportements individuels et d'expérience des patients, et conduisent à une utilisation plus efficace des services de santé, à une baisse des coûts et à de meilleurs résultats de santé (100).

Au Népal, par exemple, la participation de groupes de femmes au recensement des principaux problèmes de santé maternelle et néonatale et à l'élaboration des stratégies requises pour y répondre a permis de réduire de 30 % les décès de nouveau-nés et de 80 % la mortalité maternelle (113). Fournir aux patients informations, conseils et soutien doit leur permettre de gérer leur état de santé et de participer à l'élaboration de leur traitement et d'un plan de maintien de leur santé. La mise en place de mécanismes visant à assurer la participation systématique et durable des communautés locales favorise également la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité des soins. Le développement et le maintien de la confiance parmi les communautés locales doivent donc être des priorités. L'absence de confiance, en effet, obère gravement la propension des individus à obtenir les soins de santé dont ils ont besoin.

5.3.4 Informer et éduquer le personnel de santé, les gestionnaires d'établissements de soins et les décideurs

Pour être efficaces, les systèmes d'information axés sur l'amélioration de la qualité doivent répondre aux besoins des soignants, des gestionnaires d'établissements de soins, des dirigeants du système de santé, des décideurs et des régulateurs. Cela exige de cibler l'information et d'adapter les méthodes d'éducation en fonction du type de public. Les professionnels de la santé doivent recevoir une information comparative sur leurs performances, notamment au regard des bonnes pratiques. Les dirigeants, gestionnaires, décideurs, régulateurs et bailleurs de fonds ont également besoin d'une information comparative. Le format et le contenu de cette information varieront selon le domaine de qualité concerné, qu'il s'agisse d'un type de service (comme les soins de maternité), du traitement d'une affection particulière (comme les soins à dispenser aux diabétiques), d'une catégorie de la population (comme les personnes âgées) ou d'un type d'intervention (comme la vaccination contre la rougeole). Il est donc indispensable que les dirigeants s'engagent notamment à maintenir un niveau d'investissement adéquat en faveur des systèmes d'information. Toutefois, les progrès de l'accessibilité et de l'utilité de l'information ne dépendront pas nécessairement de l'emploi de moyens technologiques très avancés ; l'aide à la décision clinique, par exemple, pourra prendre la forme de messages informatiques, ou simplement de formulaires papier avec des cases à cocher pour les différents éléments à appliquer en vue de l'efficacité des soins.

5.3.5 Introduire des programmes et des méthodes d'amélioration continue de la qualité

L'amélioration de la qualité n'est pas un événement ponctuel mais la propriété constamment renouvelée d'un système dynamique. De nombreuses méthodes peuvent être utilisées aux fins de l'assurance de la qualité des soins de santé et de son amélioration permanente, notamment des mécanismes généraux de gouvernance clinique, l'examen par les pairs et les audits cliniques, le retour d'information individuel, le contrôle et la formation, les outils d'aide à la décision clinique reposant sur des lignes directrices, et les groupes d'apprentissage pluridisciplinaires. L'activation de mécanismes d'apprentissage sur la base de cycles itératifs de gestion du changement doit soutenir l'amélioration continue de la qualité. Il est indispensable, en outre, de s'abstenir de blâmer tel ou tel acteur pour éviter de susciter crainte et résistance au lieu d'un engagement enthousiaste à poursuivre collectivement l'amélioration des performances. Il n'existe pas de méthode unique à cet égard. Diverses mesures devront être conjuguées en tenant compte du contexte particulier. La culture institutionnelle jouera aussi un rôle déterminant dans le choix de l'assortiment spécifique de méthodes d'amélioration de la qualité sur la base des aptitudes et des capacités existantes.

5.3.6 Mettre en place des incitations (financières ou non) basées sur les performances

Les incitations peuvent être de type financier, sous forme de paiements, ou non financier, sous forme d'attribution de prix ou d'autres moyens de reconnaissance. La rémunération au rendement, qui désigne globalement un modèle de paiement des prestataires de soins fondé sur des mesures de performance, est de plus en plus fréquemment employée comme levier pour améliorer la qualité. Divers modèles existent à cet égard, notamment le paiement à l'acte, l'imposition de pénalités en cas de réadmission, le nonpaiement en cas d'erreurs médicales et les programmes de performance axés sur le renforcement des soins primaires. La fraction du paiement total déterminée par les performances est définie sur la base de diverses modalités financières. Toutefois, les données concernant l'aptitude des modèles de rémunération au rendement à modifier à eux seuls les résultats de santé demeurent mitigées. Il n'empêche que les dispositifs d'incitation – qu'ils soient de type financier ou, ce qui est de plus en plus souvent le cas, de type non financier – peuvent jouer un important rôle de motivation et de soutien s'ils s'inscrivent dans un programme déterminé d'amélioration de la qualité. Toutefois, certains modèles – comme les systèmes de paiement qui encouragent l'usage excessif de médicaments – peuvent nuire à l'objectif de qualité et il convient donc de les éviter.

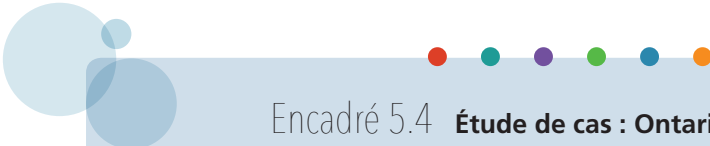
5.3.7 Recourir à la législation et à la réglementation

Les gouvernements s'appuient sur la législation et la réglementation pour atteindre certains objectifs nationaux de santé. Une législation visant directement l'amélioration de la qualité des services de santé pourra englober une gamme étendue d'aspects tels que : le champ d'application, les avantages concrets, la création de nouveaux organes nationaux ou l'habilitation d'organes nationaux existants, la réforme des systèmes de paiement, l'homologation des établissements de soins et des prestataires de soins individuels, et les modalités de déclaration publique des performances. La réglementation, quant à elle, pourra couvrir tout un éventail de facteurs ne relevant pas de la pratique clinique ou de la gestion des soins de santé qui agissent sur les comportements dans la prestation et l'utilisation des soins de santé (114). Elle s'applique d'ailleurs généralement aux activités des prestataires de soins institutionnels et individuels, aux organismes d'assurance santé, aux fabricants de médicaments et d'appareils médicaux, et aux consommateurs ou aux patients. Si certaines interventions réglementaires échouent à atteindre leurs objectifs déclarés, c'est souvent en partie parce que les administrations responsables ne disposent pas des capacités suffisantes pour les faire appliquer. Pourtant, l'importance de la réglementation des activités du secteur privé ne cesse de croître, compte tenu de la forte proportion de l'ensemble des services aujourd'hui délivrée par ce secteur.

L'encadré 5.4 présente un exemple de recours à la législation et à la réglementation pour soutenir la réalisation de certains objectifs de qualité des soins dans l'Ontario au Canada.

5.4 EXAMEN ET CHOIX DES MESURES EN FAVEUR DE LA QUALITÉ

Les sept types d'orientation décrits ci-dessus délimitent globalement le champ de l'amélioration des performances mais il reste nécessaire de spécifier les mesures clés à adopter pour améliorer la qualité. Isoler une « bonne » mesure est rarement possible. Aucune mesure ne saurait à elle seule répondre à tous les besoins. Même les mesures non controversées, comme les protocoles concernant l'hygiène des mains, sont inefficaces si la culture institutionnelle ainsi que la motivation et les attitudes du personnel ne sont pas prises en compte dans leur mise en œuvre. L'établissement de liens avec les objectifs nationaux – qui doivent être conçus de manière à pouvoir résister aux changements politiques – est aussi essentiel pour assurer leur durabilité à long terme.



Encadré 5.4 Étude de cas : Ontario (Canada) – Loi et stratégie sur l'excellence des soins pour tous

Du fait de l'étendue territoriale de la province et de la mixité de sa population de plus de 13.5 millions d'habitants, qui inclut les Premières Nations, la mise en œuvre de l'égalité d'accès à des soins de haute qualité pose en Ontario certaines difficultés spécifiques. Comme les autres provinces du Canada, l'Ontario dispose d'un système de santé à payeur unique ; les deux tiers environ des dépenses de santé sont financés sur fonds publics, tandis qu'un tiers est réglé directement par les patients ou des régimes d'assurance privés.

Plusieurs études ont montré que le lien entre qualité des soins et mode de financement est généralement assez faible en Ontario et l'un des objectifs majeurs des réformes actuelles du système de santé est donc de resserrer ce lien. La loi sur l'excellence des soins pour tous, promulguée en 2010, s'accompagne d'une Stratégie pour l'excellence des soins pour tous destinée à en assurer la mise en œuvre.

La loi requiert la création de comités de la qualité au sein des organismes de soins de santé, ainsi que la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des patients, des familles et des employés des organismes de soins. Ces derniers, en outre, sont tenus d'élaborer et de publier une « déclaration des valeurs des patients » et un « plan d'amélioration de la qualité ». La loi sur l'excellence des soins pour tous porte également création d'un organisme provincial élargi pour tout ce qui concerne la qualité, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, qui est chargé de surveiller les résultats du système de santé et d'en rendre compte à la population de l'Ontario, de soutenir l'amélioration de la qualité et de promouvoir la prestation de soins de santé de qualité optimale. Sur le plan organisationnel, divers règlements s'appliquent à l'assurance de la qualité dans les hôpitaux, les maisons de santé, les laboratoires et d'autres établissements de soins, et des « ordres professionnels de la santé » sont chargés de veiller à la conformité des soins dispensés par les professionnels de la santé aux normes de sécurité, d'éthique et de responsabilité.

Bien que l'état de santé de 65 % des Ontariens soit décrit comme excellent ou très bon, cette moyenne dissimule d'importants écarts entre les régions et les groupes de population : par exemple, les personnes faisant partie du quintile le plus pauvre déclarent deux fois plus souvent être atteintes de plusieurs affections chroniques que les personnes qui font partie du quintile le plus riche. C'est pourquoi la responsabilité, l'harmonisation des facteurs d'incitation et des objectifs d'amélioration de la qualité et le souci constant du leadership sont les piliers de la stratégie ontarienne pour le développement d'un système de santé de meilleure qualité.

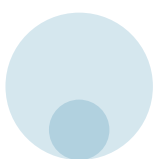
Source : ICES (115), Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (116).

Le projet d'améliorer la qualité exige une approche plurimodale s'appuyant sur un assortiment de mesures diverses. Certaines procédures administratives comme l'accréditation des établissements de soins, qui n'auront pas nécessairement d'effets directs sur les résultats de santé, peuvent être importantes pour renforcer la confiance du public et favoriser le développement d'une culture de la qualité au sein du système de santé.

Tableau 5.1 Exemples de mesures en faveur de la qualité

Domaine	Types de mesures
Modalités du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Enregistrement et homologation des médecins et d'autres professionnels de santé, ainsi que des organismes de santé, fréquemment considérés comme la base et la condition clé du bon fonctionnement d'un système de santé. ● Évaluation externe et accréditation, c'est à dire la reconnaissance publique par un organe externe (du secteur public, à but lucratif ou non) du niveau de performances d'un établissement de soins au regard de normes prédéfinies. ● Gouvernance clinique, notion désignant l'amélioration de la gestion et de la responsabilité et la prestation de soins de qualité. Elle couvre à la fois les audits cliniques, la gestion des risques cliniques, la participation des patients ou des usagers des services, la formation et le développement professionnel, la recherche développement sur l'efficacité clinique, l'utilisation des systèmes d'information et les comités institutionnels de gouvernance clinique. ● Déclaration publique et évaluation comparative des résultats, méthode fréquemment utilisée pour accroître la transparence et la responsabilité sur les questions de qualité et de coût dans le système de santé en fournissant aux consommateurs, aux payeurs, aux établissements et aux professionnels de santé des données comparatives sur les performances. ● Rémunération au rendement et contrats de performance, c'est à dire le paiement des prestataires de soins sur la base d'un ensemble spécifié de mesures des performances, méthode de plus en plus utilisée pour agir sur la qualité des services de santé. La fraction du paiement total liée aux performances est généralement déterminée par diverses modalités de financement. ● Formation et supervision des ressources humaines pour la santé, mesures les plus fréquemment adoptées pour améliorer la qualité des soins dans les pays à revenu faible et moyen. ● Réglementation des médicaments pour maintenir l'assurance de la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments, des vaccins et des appareils médicaux, en tant que conditions essentielles au bon fonctionnement du système de santé. La réglementation, y compris la surveillance après commercialisation, est nécessaire pour éliminer les médicaments falsifiés ou de qualité inférieure sur la base de normes internationales.
Réduction des risques de préjudice pour les patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle des normes de sécurité minimum dans les établissements de soins pour assurer le maintien d'un certain niveau de capacités et de ressources nécessaires à un environnement clinique sûr. ● Protocoles de sécurité, notamment au sujet de l'hygiène des mains, pour prévenir les nombreux risques évitables qui mettent en danger le bien être des patients et leur causent du tort et des souffrances. ● Listes de contrôle, comme la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale et les lignes directrices pour les soins de traumatologie de l'OMS, aptes à réduire les complications cliniques et la mortalité. ● Déclaration des événements non souhaités, afin de documenter les effets médicaux non souhaités chez un patient suite à des soins spécifiques pendant une consultation médicale ou dans un contexte de soins et de les intégrer à un système d'apprentissage.

...



Amélioration des soins cliniques

- **Outils d'aide à la décision clinique** permettant d'avoir accès (sous forme automatisée ou sur papier) à des connaissances et à des informations spécifiques sur le patient en temps opportun pour améliorer la prestation des soins de première ligne.
- **Standards, chemins et protocoles cliniques** mis en œuvre au niveau international depuis des décennies pour guider la prestation de soins fondés sur des données probantes. Les chemins cliniques sont de plus en plus utilisés pour améliorer les soins dans les situations où doit être dispensé un volume élevé de soins divers.
- **Audits cliniques et retour d'information**, méthode d'amélioration des soins des patients au moyen du contrôle du respect de normes et lignes directrices explicites, associé à un retour d'information utile sur les pratiques cliniques.
- **Contrôles de la morbidité et de la mortalité** offrant aux cliniciens un mécanisme d'apprentissage collectif et un processus transparent pour l'examen de leur pratique et l'identification des domaines où des améliorations sont possibles – par exemple les résultats de santé et les événements non souhaités – sans crainte de subir un blâme.
- **Cycles de collaboration et d'amélioration des soins au moyen du travail en équipe**, méthode formelle de travail sur un domaine particulier à utiliser pendant une période définie par les hôpitaux et les dispensaires en s'appuyant sur des mécanismes d'apprentissage collectifs.

Participation et responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales

- **Participation et responsabilisation formelles de la communauté locale**, c'est à dire la contribution volontaire et active des membres d'une communauté locale à la santé de la population et au fonctionnement du système de soins, qui en outre peut tenir lieu de mécanisme de responsabilité supplémentaire.
- **Éducation à la santé**, c'est à dire le développement de l'aptitude à obtenir et comprendre l'information essentielle sur la santé requise pour permettre aux patients, aux familles et aux communautés locales de prendre systématiquement des décisions adéquates, ceci étant étroitement lié à la qualité des soins.
- **Prise de décision commune**, méthode souvent employée pour mieux adapter les soins aux besoins et aux préférences des patients, dans le but de renforcer leur adhésion au traitement et de réduire au minimum le besoin de soins à l'avenir.
- **Groupes de soutien par les pairs et groupes de patients experts** réunissant des personnes atteintes d'affections similaires qui partagent leurs connaissances et leurs expériences et contribuant par un soutien affectif, social et pratique à améliorer les soins cliniques.
- **Prise en compte de l'expérience de soins des patients**, qui se développe aujourd'hui comme moyen d'améliorer les soins cliniques. Les mesures reposant sur les déclarations des patients sont intrinsèquement importantes ; les patients ayant une expérience positive des soins sont plus impliqués dans leur traitement, ce qui peut contribuer à de meilleurs résultats.
- **Outils d'autosurveillance à l'intention des patients**, appareils et technologies utilisés par le patient et sa famille pour gérer les problèmes de santé en dehors d'un établissement médical et de plus en plus perçus comme des moyens d'améliorer les soins cliniques.

Les formes d'intervention qui se focalisent sur le comportement des prestataires de soins négligent de prendre en compte le rôle déterminant de l'environnement général des soins pour faciliter ou empêcher l'application des bonnes pratiques. La prescription adéquate d'antibiotiques, par exemple, incombe aux médecins mais leur comportement peut être influencé à la fois par les lignes directrices sur les bonnes pratiques, le retour d'information sur les résultats, l'examen par les pairs, la formation et le contrôle, les incitations financières, la possibilité d'avoir accès à des variétés suffisantes d'antibiotiques, et aussi les attentes des patients. Cela montre à quel point le changement met en jeu des éléments complexes.

Les exemples de mesures énumérés au Tableau 5.1 ont été sélectionnés parce qu'ils sont pertinents pour un large éventail de pays au niveau mondial et représentent des options très fréquemment envisagées, qu'il existe certaines données pouvant guider leur sélection et leur application, et que leur mise en œuvre est possible à plusieurs niveaux, depuis les dispensaires de soins primaires jusqu'à un programme de portée nationale.

Le contexte dans lequel ces mesures seront appliquées déterminera la crédibilité des efforts engagés en faveur de la qualité. Si, par exemple, lors de l'élaboration d'une stratégie d'intervention plurimodale pour améliorer la qualité des services dans un établissement de soins, il apparaît que l'alimentation en eau propre dans cet établissement n'est pas adéquate, cela devrait freiner immédiatement l'ardeur des activistes de la qualité. Partout dans le monde, les données relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène des établissements de soins indiquent clairement les actions à engager en priorité pour garantir l'existence des conditions structurelles propices à l'amélioration de la qualité.

La liste présentée ici n'est pas exhaustive ; elle pourrait être complétée par d'autres types d'interventions. Les mesures retenues peuvent agir sur la qualité en réduisant les risques de préjudice pour les patients, en améliorant la prestation des soins de santé en première ligne et en développant les capacités systémiques d'amélioration de la qualité. Elles ne sont pas classées par niveau d'efficacité mais illustrent certains des choix et des possibilités qui s'offrent aux dirigeants des systèmes de santé, aux gestionnaires d'établissements de soins, aux praticiens ou aux décideurs soucieux de faire progresser la qualité des soins. Elles sont décrites aussi simplement que possible, en soulignant les points importants. Aucune de ces mesures, cependant, n'est facile à mettre en œuvre. Les interventions regroupées sous la rubrique « Modalités du système de santé » se rapportent à certaines des sept orientations décrites plus haut.

5.5 CONCLUSION

L'amélioration des performances des systèmes de santé exige de faire certaines évaluations et certains choix afin de pouvoir promulguer une politique, établir des priorités entre différents objectifs nationaux concernant la qualité, assurer la participation des acteurs clés et sélectionner les mesures les mieux aptes à promouvoir la qualité. L'infrastructure, le contexte, la culture et les traditions existant dans un pays ou une localité en matière de soins sont des éléments déterminants à prendre en compte pour identifier les points spécifiques sur lesquels agir.

Le succès d'une stratégie nationale de la qualité dépend de nombreux facteurs et exige par conséquent l'introduction conjuguée de nombreuses mesures différentes (Tableau 5.2), par exemple pour assurer que le processus de soins soit effectivement centré sur le patient, pour amener le personnel de santé à établir des normes et à travailler efficacement en équipe. Le rôle des décideurs, des dirigeants du système de santé et des gestionnaires d'établissements de soins est donc crucial pour créer

et soutenir un environnement où pourront se développer les activités de fixation de normes, les incitations fondées sur le rendement, la réglementation et d'autres types d'interventions.

L'un des obstacles les plus graves à l'amélioration des soins est le refus de reconnaître les problèmes existants (117–119). Un autre est la difficulté de sélectionner des mesures efficaces et d'en assurer la mise en œuvre de manière compétente. On invoque très fréquemment le rôle du leadership à cet égard mais il est vrai qu'en l'absence de celui-ci, il sera difficile d'insuffler la conviction que l'amélioration de la qualité des soins de santé est possible et, ainsi, de catalyser l'action collective. Montrer que tel ou tel type d'intervention donne les résultats escomptés sera aussi un important facteur de succès : c'est pourquoi il est indispensable de recueillir des données et de fournir un retour d'information aux acteurs concernés. Il pourra arriver cependant que les équipes locales ne disposent pas de l'expérience requise pour collecter et interpréter les données – ou bien ont du mal à le faire avec des systèmes de collecte des données mal conçus pour évaluer la qualité (120). Des mesures indument lourdes à appliquer pourront être perçues comme une perte de temps, tandis que des mesures mal choisies pourront entraîner certaines manipulations ou donner lieu à des incitations perverses. L'aspect du contrôle de la qualité devra être maîtrisé dès le début, ce qui exige que les critères d'amélioration de la qualité soient effectivement pris en compte dans les systèmes de mesure et que ces derniers soient assurés d'un niveau de ressources adéquat (121, 122).

Tableau 5.2 Mobilisation des acteurs clés en faveur de la qualité

Acteurs	Fonctions
Gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Définition des priorités nationales et des objectifs de qualité • Mise à disposition de l'infrastructure essentielle aux fins de la qualité (technologie informatiques, équipements, par exemple) • Amélioration de la réglementation • Déclaration des données dans un but de transparence et de motivation • Homologation et contrôle des prestataires de soins de santé
Établissements de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance clinique • Définition de protocoles de soins et de chemins cliniques • Aide à la décision clinique • Application de protocoles de sécurité • Mécanismes d'apprentissage interinstitutionnels
Prestataires de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Standards cliniques et parcours des patients • Contrôle de l'application des normes de soins • Examens par les pairs et audits cliniques • Prise de décision commune
Patients et public	<ul style="list-style-type: none"> • Participation des patients, des familles et des communautés locales • Éducation des patients et autosurveillance • Participation à la gouvernance • Retour d'information des patients sur l'expérience des soins

Le développement d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité constitue aujourd'hui une priorité pour que l'amélioration de la qualité devienne partie intégrante des modalités de fonctionnement du système de soins. Des efforts doivent donc être engagés à l'échelon national pour définir et mettre en œuvre une approche cohérente de la qualité s'appuyant sur de multiples interventions différentes pour atteindre le changement positif qu'appellent de leurs vœux les populations du monde entier.

L'encadré 5.5 ci-dessous présente succinctement les processus clés à activer pour exploiter pleinement tous les moyens d'améliorer la qualité.

Encadré 5.5 Agir concrètement en faveur de la qualité : les processus clés

Pour activer de multiples moyens d'améliorer la qualité des services de santé, les gouvernements, les décideurs, les dirigeants des systèmes de santé, les patients et les cliniciens devraient travailler ensemble à :

1. développer, perfectionner et mettre en œuvre une politique et une stratégie nationale de la qualité :

- en adoptant une définition de la qualité applicable dans divers contextes locaux, en réalisant une analyse
- en situation de l'état actuel de la qualité des soins,
- en faisant participer l'ensemble des acteurs clés à sa formulation,
- en identifiant (ou en créant) des structures organisationnelles aptes à fournir la gouvernance, le leadership et les capacités techniques requises en vue de la qualité,
- en veillant à ce que les critères de qualité soient intégrés à l'ensemble des fonctions du ministère de la santé ;

2. adopter et promouvoir des objectifs généraux en matière de qualité :

- en fixant des cibles réalistes et mesurables pour réduire les risques de préjudice pour les patients et améliorer les soins,
- en travaillant avec des organes professionnels à la définition de domaines de soins en vue de l'amélioration de l'efficacité clinique,
- en assurant la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales,
- en développant les capacités systémiques d'amélioration constante de la qualité,
- en créant et en activant des systèmes d'apprentissage en vue de l'amélioration permanente de la qualité ;

3. élaborer une stratégie de la qualité prévoyant une série de mesures spécifiques :

- en examinant soigneusement les mesures aptes à améliorer la qualité sur la base des données au moyen de l'environnement systémique, de la réduction du risque de préjudice pour les patients, de l'amélioration des soins cliniques, et de la participation et de la responsabilisation des patients, des familles et des communautés ;

4. surveiller et déclarer les résultats obtenus en matière de qualité des soins aux fins du travail constant d'amélioration de la qualité.

Ce que veut dire la qualité pour moi

Docteur M. R. Rajagopal, spécialiste des soins palliatifs, Trivandrum (Inde)

Les hôpitaux d'aujourd'hui ne sont pas un lieu où mourir. Tant d'un point de vue culturel que clinique, ils sont pour la plupart inadaptés aux soins de fin de vie, déclare le docteur M. R. Rajagopal, le « père » des soins palliatifs en Inde.

Cet ancien anesthésiste professionnel a passé vingt ans à développer des soins pour les mourants dans le petit État vert et fertile du Kerala situé dans le sud-ouest du pays. Aujourd'hui, le Kerala qui compte 3 % de la population indienne regroupe les deux tiers des services de soins palliatifs existant dans le pays.

Son intérêt pour les soins palliatifs est né alors qu'il travaillait comme anesthésiste au sein du Collège de médecine de Calicut dans le nord du Kerala au début des années 90. Très tôt, il a pris conscience du fait que le traitement de la douleur et les soins des mourants ne pouvaient être confiés uniquement au personnel médical. Les besoins en la matière étaient trop grands. Il était donc nécessaire de faire appel à des volontaires.

« La douleur n'est que la partie visible de l'iceberg de la souffrance. La partie immergée – sentiments d'impuissance et de désespoir, inquiétude au sujet des enfants ou de questions d'argent – est généralement ignorée. C'est de cela que s'occupent les soins palliatifs. »

Le mouvement s'est développé et on estime qu'il existe aujourd'hui 300 groupes de volontaires dans l'ensemble de l'État (il n'y a pas de chiffres officiels à ce sujet), qui apportent des soins à domicile aux patients, identifient les patients dans le besoin et aident à orienter les ressources médicales limitées vers les situations où elles sont le plus utiles. Le « modèle du Kerala » éveille aujourd'hui un intérêt dans le monde entier.

Après s'être installé à Trivandrum dans le sud, le docteur M. R. Rajagopal a créé en 2006 Pallium India qui soutient 11 groupes de volontaires et cinq équipes médicales mobiles fournissant des soins palliatifs dans la région, tout en faisant campagne pour améliorer les soins palliatifs dans l'ensemble de l'Inde. Aujourd'hui âgé de 69 ans, il continue à se rendre à domicile chez des patients et enseigne à ses collègues plus jeunes comment établir le contact avec eux.

« Si je porte une cravate, me tiens de façon très droite devant le patient et parle uniquement de la douleur, je ne risque pas de découvrir grand-chose. Par contre, si j'adopte une attitude différente, me montre plus attentionné et pose ma main sur le bras du patient, celui-ci commencera à parler de ses vrais problèmes. »

Le docteur M. R. Rajagopal souligne l'importance des mots utilisés pour parler au patient : « On peut faire du tort à un patient avec une dose inadéquate d'un médicament mais on peut aussi lui faire du tort avec un mot mal choisi ».

Avec le rôle croissant de la technologie dans le diagnostic et le traitement des maladies, quelque chose s'est perdu, dit-il. Le développement du secteur commercial de la santé, mû par le profit, a contribué à renforcer un sentiment d'aliénation. La maladie est devenue plus importante que la personne qui en souffre. La plupart des médecins pensent que leur devoir est de prolonger la vie et non de faciliter la mort du patient. Le traitement de la maladie est devenu plus important que le soin du malade.

« Le patient est aujourd'hui comme un étranger au milieu des machines. Le système de santé semble avoir oublié que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais un état de bien-être physique, mental et social. »

Il défend l'idée que les soins palliatifs devraient être intégrés aux tâches de traitement des maladies dans tous les hôpitaux. La plupart des individus, si on leur en laissait le choix et à condition de recevoir des soins appropriés, préféreraient mourir chez eux, entourés de leurs proches. Toutefois, certains se sentent plus en sécurité en milieu hospitalier, avec leur médecin à proximité. Cela devrait donc, à son avis, être un choix personnel.

La possibilité d'avoir accès aux analgésiques est à cet égard essentielle mais la morphine est difficile à obtenir. Les chiffres montrent que l'Inde utilise 320 kilos de morphine par an, ce qui ne représente que 1 % de la quantité qui serait nécessaire pour répondre aux besoins.

L'accès à la morphine n'est pas restreint par des questions de coût mais par la législation. La morphine est très fortement contrôlée en Inde depuis 1985 à cause des risques de toxicomanie. En conséquence, deux générations de médecins n'ont pas été familiarisés avec son utilisation, ce qui condamne des millions de patients en phase terminale à une mort inutilement douloureuse.

Le Kerala montre également l'exemple en ce domaine. Depuis 1995, les centres de soins palliatifs de l'État sont autorisés à administrer de la morphine par voie orale. L'établissement dirigé par le docteur Raj est aujourd'hui un Centre collaborateur OMS pour la formation et les politiques d'accès aux analgésiques et accueille un flux régulier de visiteurs internationaux.

« Les soins doivent être un partenariat entre le médecin, le patient et la famille. Les médecins ne devraient pas travailler seuls mais en collaboration avec des infirmières, des psychologues, des volontaires de la communauté locale et des travailleurs sociaux. Mon devoir est d'établir une relation avec les patients et leurs familles et de prendre soin d'eux en tant qu'êtres humains. La vie ne se réduit pas à la seule existence. »



Chapitre 6

Appel à l'action en faveur de la qualité



6.1 LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LA QUALITÉ : POUR ALLER DE L'AVANT

Les Objectifs du développement durable qui concernent la santé ne pourront être atteints uniquement grâce aux résultats obtenus au regard de certaines maladies ou à des réformes financières. Leur réalisation exige un engagement vigoureux en faveur du développement de services de santé de haute qualité centrés sur la personne. Parvenir à une couverture santé universelle solidement fondée sur des soins sûrs et de haute qualité, avec tout ce qui est nécessaire pour en assurer la durabilité, est aujourd'hui un impératif pour les décideurs.

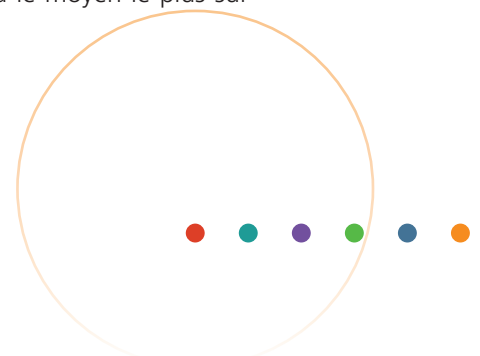
Les efforts engagés dans le passé pour améliorer la qualité reposaient presque toujours sur la méthode des projets et n'ont guère donné de résultats susceptibles d'être extrapolés ou prometteurs en termes de durabilité. L'attention devrait donc se porter plus fortement sur les bases de la qualité des services le long du continuum des soins. Offrir des services de santé de haute qualité implique également d'établir un lien entre réformes financières et réorientation du modèle de prestation des soins vers des objectifs de qualité. Enfin, s'appuyant sur leurs solides fondations, les systèmes de santé cherchant à améliorer de façon durable la qualité devront recourir à des outils tels qu'une politique et une stratégie nationale de la qualité pour créer un environnement où les établissements de soins locaux, régionaux et nationaux les plus performants pourront se développer et diffuser les meilleures pratiques d'amélioration des services. Dans un environnement de ce type, les gouvernements et les prestataires de soins sélectionneront sur la base de critères locaux les mesures en faveur de la qualité les mieux à même d'améliorer l'ensemble du système de santé, de réduire les risques de préjudice pour les patients, d'améliorer les soins cliniques et d'assurer la participation et la responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales.

Promouvoir l'amélioration de la qualité, la couverture santé universelle et les approches des soins centrées sur la personne dans l'environnement complexe que constituent les systèmes de santé exige une réflexion systémique, c'est à dire une compréhension active et détaillée des dynamiques qui opèrent à l'intérieur d'un système de santé, afin d'agir sur elles en un sens positif. En mettant à jour la complexité d'un système de santé, la réflexion systémique favorisera la mise en œuvre et l'évaluation à échelle de l'ensemble du système des mesures qui sont nécessaires pour soutenir la réalisation équitabile, efficace et durable des objectifs de santé.

6.2 APPEL À L'ACTION

Ce document, qui exprime le point de vue de trois institutions mondiales concernées par les questions de santé, – l'OCDE, la Banque mondiale et l'OMS –, propose des perspectives d'action aux décideurs qui cherchent à atteindre l'objectif de l'accès à des services de santé de haute qualité et centrés sur la personne pour tous. Ce chapitre appelle chacune des parties prenantes à engager une série d'actions prioritaires en travaillant ensemble avec le sentiment d'urgence requis pour réaliser la promesse des ODD, à savoir des soins de santé meilleurs et plus sûrs (Encadré 6.1).

Aucun acteur ne pouvant à lui seul faire advenir la totalité des changements qui s'imposent, une approche intégrée reposant sur la collaboration et permettant à chaque acteur d'apporter sa pierre à l'édifice de la qualité sera le moyen le plus sûr d'agir sur la qualité des services de santé dans le monde entier.



Encadré 6.1 Mesures clés à appliquer en priorité par les parties prenantes pour améliorer la qualité des services de santé

Pour les gouvernements :

- définir une politique et une stratégie nationale de la qualité ;
- assumer la responsabilité de la prestation de services sûrs et de haute qualité ;
- veiller à ce que les réformes en vue de la couverture santé universelle placent la qualité au cœur des systèmes de soins ;
- faire en sorte que les systèmes de santé disposent d'une infrastructure de technologies de l'information et de la communication permettant de mesurer la qualité des soins et de fournir un retour d'information à ce sujet ;
- combler l'écart entre résultats réels et résultats atteignables dans le domaine de la qualité ;
- renforcer les partenariats entre prestataires de soins et usagers des services de santé aptes à favoriser l'amélioration de la qualité des soins ;
- établir et maintenir un personnel de santé professionnel doté des aptitudes et capacités nécessaires pour répondre à la demande et aux besoins de soins de haute qualité de la population ;
- acheter, financer et passer commande de services sur la base du principe de valeur ;
- financer des études sur l'amélioration de la qualité.

Pour les systèmes de santé :

- mettre en œuvre des mesures fondées sur les données aptes à améliorer la qualité des soins ;
- réaliser des évaluations comparatives avec les systèmes de santé similaires qui obtiennent les meilleurs résultats ;
- minimiser l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie de toutes les personnes qui en sont atteintes ;
- promouvoir les attitudes culturelles et les pratiques qui réduisent les risques de préjudice pour les patients ;
- développer la résilience du système de santé afin de rendre possible la prévention, la détection et le traitement des menaces de santé grâce à l'attention accrue accordée à la qualité ;
- mettre en place une infrastructure d'apprentissage ;
- introduire l'assistance technique et la gestion des connaissances aux fins de l'amélioration de la qualité.

Pour les citoyens et les patients :

- participer activement aux soins afin d'optimiser leur état de santé ;
- jouer un rôle de premier plan dans la conception de nouveaux modèles de soins pour répondre aux besoins de la communauté locale ;
- être conscients de leur droit à l'accès à des soins conformes aux normes modernes atteignables de qualité ;
- recevoir aide, information et compétences pour gérer les affections de longue durée.

Pour le personnel de santé :

- participer aux activités de mesure et d'amélioration de la qualité avec les patients ;
- adhérer en pratique à l'éthique du travail d'équipe ;
- considérer les patients comme des partenaires dans la délivrance des soins ;
- s'engager à fournir et à utiliser des données sur l'efficacité et la sécurité des soins.



Références

1. Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3) : analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3 [ePub avant publication papier].
2. OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr (consulté le 24 février 2018).
3. OCDE (2017), *Tackling wasteful spending on health*, Éditions OCDE, Paris, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en (consulté le 24 février 2018).
4. Pittet, D. et L. Donaldson (2005), « Clean care is safer care: a worldwide priority », *Lancet*, vol. 366, pp. 1246-7.
5. McGlynn, E.A. et al. (2003), « The quality of health care delivered to adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 263-545.
6. Runciman W.B. et al. (2012), « CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia », *Medical Journal of Australia*, vol. 197, n° 2, pp. 100-5, <https://www.mja.com.au/journal/2012/197/2/caretrack-assessing-appropriateness-health-care-delivery-australia>.
7. OCDE (2015), *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr (consulté le 24 février 2018).
8. OMS (2018), *Principaux repères de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens*, Organisation mondiale de la santé, Genève <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/résistance-aux-antimicrobiens> (consulté le 24 février 2018).
9. Aitken, M. et L. Gorokhovich (2013), *Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change*, IMS Institute for Health Care Informatics, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541 (consulté le 24 février 2018).
10. OMS (2016), *World health statistics 2016: Monitoring health for the Sustainable Development Goal*, Organisation mondiale de la santé, Genève http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf (consulté le 24 février 2018).
11. Lawn, J.E. et al. (2016), « Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 », *Lancet*, vol. 387, n° 10018, pp. 587603, doi:10.1016/S01406736(15)008375.
12. OMS, « Eau, assainissement et hygiène », Organisation mondiale de la santé, Genève, https://www.who.int/water_sanitation_health/fr/.
13. OMS et Banque mondiale (2015), *Tracking Universal Health Coverage : First Global Monitoring Report*, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/ (consulté le 24 février 2018).

Références

14. Slawomirski, L., A. Aaraaen et N. Klazinga (2017), « The economics of patient safety: strengthening a valuebased approach to reducing patient harm at national level », *Document de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en> (consulté le 24 février 2018).
15. OCDE (2017), *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en> (consulté le 24 février 2018).
16. Intervenants et animateurs lors du Forum de l'OCDE sur l'avenir de la santé : déclaration de Donald M. Berwick, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/speakers.htm> (consulté le 24 février 2018).
17. Arah, O.A., G.P. Westert, J. Hurst et N.S. Klazinga (2006), « A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*, Suppl. 1, pp. 513, https://academic.oup.com/intqhc/article/18/suppl_1/5/1798473.
18. OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en> (consulté le 24 février 2018).
19. Braithwaite, J., J. Herkes, K. Ludlow, L. Testa et G. Lamprell (2017), « Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review », *BMJ Open*, vol. 7, n° 11.
20. World Vision International (2012), *Citizen Voice and Action: civic demand for better health and education services* <https://www.worldvision.com.au/docs/default-source/publications/children/citizen-voice-and-action--civic-demand-for-better-health-and-education-services.pdf?sfvrsn=6publication/citizen-voice-and-action-project-model> (consulté le 24 février 2018).
21. OCDE (2017), *OECD reviews of health systems: Costa Rica 2017*, Éditions OCDE, Paris.
22. OMS (2015), *Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
23. Leslie, H.H., Y. Ndiaye et M.E. Kruk (2017), Effective coverage of primary care services in eight highmortality countries, *BMJ Global Health*, <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/3/e000424.full.pdf>.
24. Kruk, M.E. et al. (2016), « Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys », *The Lancet Global Health*, vol. 4, n° 11, pp. e845-e855.
25. Leslie, H.H., G. Fink, H. Nsona et M.E. Kruk (2016), « Obstetric facility Quality and Newborn Mortality in Malawi: a Cross-Sectional Study », *PLoS Medicine*, vol. 13, n° 10, e1002151.
26. Ng, M., A. Misra, V. Diwan, M. Agnani, A. Levin-Rector et A. De Costa (2014), « An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India », *Global Health Action*, vol. 7, 24939.
27. Velenyi, E.V. (2016), « Health care spending and economic growth », in *World scientific handbook of global health economics and public policy*, pp. 1-154.
28. Stenberg, K. et al. (2017), « Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals : a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries », *Lancet Global Health*, vol. 5, n° 9, pp. e875-87.

29. Abegunde, D. (2010), « Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children », *World health report 2010: Background Paper n° 52*, Organisation mondiale de la santé, https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/ (consulté le 25 février 2018).
30. OCDE (2017), *Déclaration ministérielle : La prochaine génération des réformes de la santé*, Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, 17 janvier, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/declaration-ministerielle-2017.pdf> (consulté le 27 février 2018).
31. Institute of Medicine (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, The National Academies Press, vol. I, Washington D.C., <https://www.nap.edu/catalog/1547/medicare-a-strategy-for-quality-assurance-volume-i> (consulté le 25 février 2018).
32. Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*, The National Academies Press, <https://doi.org/10.17226/10027> (consulté le 25 février 2018).
33. OMS, « Maternal, newborn, child and adolescent health: what is quality of care and why is it important? », Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ (consulté le 25 février 2018).
34. OMS, « Données de l'Observatoire de la santé mondiale », Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/gho/fr> (consulté le 26 février 2018).
35. OCDE, « OECD Data for measuring health care quality and outcomes: OECD Health Care Quality Indicators Project », OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm> (consulté le 26 février 2018).
36. Banque mondiale, « DataBank: Service Delivery Indicators », Washington D.C., <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=service-delivery-indicators> (consulté le 26 février 2018).
37. Demographic and Health Surveys, DHS Program, <https://dhsprogram.com/> (consulté le 26 février 2018).
38. Donabedian, A., J.R. Wheeler et L. Wyszewianski (1982), « Quality, cost, and health: an integrative model », *Medical Care*, vol. 10, pp. 975-92.
39. Das, J., A. Holla, V. Das, M. Mohanan, D. Tabak et B. Chan (2012), « In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps », *Health Affairs*, vol. 31, n° 12, pp. 2774-84.
40. Martin, G.H. et O. Pimhidzai (2013), *Service delivery indicators : Kenya*, Banque mondiale.
41. Peabody, J.W., F. Tozija, J.A. Muñoz, R.J. Nordyke et J. Luck (2004), « Using vignettes to compare the quality of clinical care variation in economically divergent countries », *Health Services Research*, vol. 39, n° 6, p2, pp. 1951-70.
42. Leonard, K.L., C.M. Melkiory et A. Vialou (2007), « Getting doctors to do their best: the roles of ability and motivation in health care », *Journal of Human Resources*, vol. 42, n° 3, pp. 682-700.
43. Rethans, J.J., F. Sturmans, R. Drop, C.P.M. Van der Vleuten et P. Hobus (1991), « Does competence of general practitioners predict performance? Comparison between examination setting and actual practice », *BMJ Clinical Research*, vol. 303, n° 6814, pp. 1377-80.

Références

44. Das, J., J. Hammer et K. Leonard (2008), « The quality of medical advice in low-income countries: facts and economics », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 22, n° 2, pp. 93-114.
45. Graversen, L. B., B. Christensen, K. Borch-Johnsen, T. Lauritzen et A. Sandbaek (2010), « General practitioners' adherence to guidelines on management of dyslipidaemia: ADDITION-Denmark », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 28, n° 1, pp. 47-54.
46. Kingston-Riechers, J., et al. (2010), *Patient safety in primary care*, Institut canadien pour la sécurité des patients et Conseil sur la sécurité des patients et la qualité de Colombie-Britannique, Edmonton, Alberta.
47. Levinson, D.R. (2014), *Adverse events in skilled nursing facilities: national incidence among Medicare beneficiaries*, Department of Health and Human Services, États-Unis.
48. Etchells, E., M. Koo, K. Shojania et A. Matlow (2012), *The Economics of Patient Safety in Acute Care*, Institut canadien pour la sécurité des patients.
49. Wilson, R.M. et al. (2012), « Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital », *BMJ Clinical Research*, vol. 344, p. e832.
50. OCDE (2015), « Expériences des patients en soins ambulatoires », *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
51. Rosen, H.E., P.F. Lynam, C. Carr, V. Reis, R. Ricca et E.S. Bazant (2015), « Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 15, n° 1, p. 306.
52. Asefa, A. et D. Bekele (2015), « Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centres in Addis Ababa, Ethiopia », *Reproductive Health*, vol. 12, n° 1, p. 33.
53. Andaleeb, S.S. (2001), « Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 9, pp. 1359-70.
54. Dansky K.H., Miles J. (1997), « Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time », *Journal of Healthcare Management*, vol. 42, n° 2, p. 165.
55. Bar-dayan, Y. (2002), « Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic », *Military Medicine*, vol. 167, n° 10, p. 842.
56. Calvello, E.J., A.P. Skog, A.G. Tenner et L.A. Wallis (2015), « Appliquer les enseignements tirés de la réduction de la mortalité maternelle à la situation liée au traitement des cas d'urgence sanitaire au niveau mondial », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 93, n° 6, pp. 417-23.
57. Banerjea, K. et A.O. Carter (2006), « Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department », *Emergency Medicine Journal*, vol. 23, n° 4, pp. 286-90.
58. Oche, M.O. et H. Adamu (2013), Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north western Nigeria, *Annals of Medical and Health Sciences Research*, vol. 3, n° 4, pp. 588-92.
59. Agency for Healthcare Research and Quality (2015), *United States National Healthcare Disparities Report*, United States Department of Health and Human Services.

60. Institut canadien d'information sur la santé (2013), *Soins hospitaliers en cas de crise cardiaque chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*, https://secure.cihi.ca/free_products/HeartAttacksFirstNationsFr-Web.pdf (consulté le 26 février 2018).
61. Sharma, J., H.H. Leslie, F. Kundu et M.E. Kruk (2017), « Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 1, p. e0171236.
62. Das, J. et A. Mohpal (2016), « Socioeconomic status and quality of care in rural India: new evidence from provider and household surveys », *Health Affairs*, vol. 35, n° 10, pp. 1764-73.
63. Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty, R. Pierson et S. Applebaum (2011), « New 2011 survey of patients with complex care needs in 11 countries finds that care is often poorly coordinated », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 30, n° 12, pp. 2437-48.
64. Barker, I. A. Steventon et S.R. Deeny (2017), « Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data », *BMJ*, vol. 356, <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j84>.
65. OMS (2010), *Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
66. Brownlee, S. et al (2017), « Evidence for overuse of medical services around the world », *Lancet*, vol. 390, n° 10090, pp. 156-68.
67. OCDE (2010), *Systèmes de santé: efficacité et politiques*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264094925-fr> (consulté le 26 février 2018).
68. OMS (2016), Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne, Résolution WHA69.24, adoptée à l'Assemblée mondiale de la santé, 28 mai, Organisation mondiale de la santé, Genève.
69. OMS (2016), Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, Organisation mondiale de la santé, Genève, https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf (consulté le 26 février 2018).
70. Perry, H.B., R. Zulliger, M.M. Rogers (2014), « Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness », *Annual Review of Public Health*, vol. 35, n° 1, pp. 399-421.
71. Gilmore, B. et E. McAuliffe (2013), « Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low-and middle- income countries: a systematic review », *BMC Public Health*, vol. 13, p. 847.
72. Thapa, A., P. Chaudhary et R. Schwarz (2018), « Embracing global standards for community health care on Nepal's path towards universal health coverage », *The Lancet Global Health Blog*, 26 janvier, <http://globalhealth.thelancet.com/2018/01/26/embracing-global-standards-community-health-care-nepals-path-towards-universal-health> (consulté le 26 février 2018).
73. Andrabi, T., J. Das, A. Khwaja (2015), « Delivering education: a pragmatic framework for improving education in low-income countries », *Policy Research Working Paper*, n° WPS 7277, Banque mondiale, Washington D.C., <http://documents.worldbank.org/curated/en/439891468001164200/Delivering-education-a-pragmatic-framework-for-improving-education-in-low-income-countries> (consulté le 26 février 2018).

Références

74. Frenk, J. et al. (2010), « Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world », *Lancet*, vol. 376, n° 9756, pp. 1923-58.
75. OMS (2013), *Guidelines on transforming and scaling up health professionals' education and training*, Organisation mondiale de la santé, Genève, <http://whoeducationguidelines.org/content/about-guidelines> (consulté le 26 février 2018).
76. OMS (2010), *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : Recommandations pour une politique mondiale*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
77. Cristobal, F. et P. Worley (2012), « Can medical education in poor rural areas be cost- effective and sustainable: the case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine », *Rural and Remote Health*, vol. 12, p. 1835.
78. Leslie, H.H., D. Spiegelman, X. Zhou et M.E. Kruk (2017), « Disponibilité des services dans les établissements de santé du Bangladesh, d'Haïti, du Kenya, du Malawi, de Namibie, du Népal, d'Ouganda, de République-Unie de Tanzanie, du Rwanda et du Sénégal », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 95, n° 11, pp. 738-48.
79. Primary Health Care Performance Initiative, « Spurring Improvements in Primary Health Care », <https://www.phcperformanceinitiative.org> (consulté le 26 février 2018).
80. Brubakk, K., G.E. Vist, G. Bukholm, P. Barach et O. Tjomsland (2015), « A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects », *BMC Health Services Research*, vol. 15, p. 280.
81. Flodgren, G., D.C. Gonçalves-Bradley et M.P. Pomey (2016), « External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, CD008992, doi:10.1002/14651858. CD008992.pub3.
82. OCDE (2016), « Antimicrobial resistance: policy insights », Organisation de coopération et de développement économiques, <http://www.oecd.org/health/antimicrobial-resistance.htm> (consulté le 27 février 2018).
83. Lewis, P.J., T. Dornan, D. Taylor, M.P. Tully, V. Wass et D.M. Ashcroft (2009), « Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review », *Drug Safety*, vol. 32, n° 5, pp. 379-89.
84. OMS (2011), *The World Medicines Situation 2011: Rational Use of Medicines*, Organisation mondiale de la santé, Genève, http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf (consulté le 27 février 2018).
85. OMS (2013), *WHO baseline country survey on medical devices*, Organisation mondiale de la santé, Genève, http://www.who.int/medical_devices/safety/en/ (consulté le 27 février 2018).
86. Cruz, J.R. (2005), « Seeking a safer blood supply », *Lancet*, vol. 365, n° 9469, pp. 1463-64.
87. OMS (2012), *Management of patient information: trends and challenges in Member States, based on the findings of the second Global Survey on eHealth*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
88. Hagen, T.P., U. Häkkinen, E. Belicza, G. Fatore, F. Goude et EuroHOPE Study Group (2015), « Acute Myocardial Infarction, Use of Percutaneous Coronary Intervention, and Mortality: A Comparative Effectiveness Analysis Covering Seven European Countries », *Health Economics*, vol.24, pp. 88-101.

89. European Collaboration for Healthcare Optimization, <http://echo-health.eu> (consulté le 27 février 2018).
90. Health Data Collaborative, « Data for health and sustainable development », <https://www.healthdatacollaborative.org> (consulté le 27 février 2018).
91. OCDE (2017), *Recommandation du Conseil sur la gouvernance des données de santé*, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health-Data-Governance-Booklet.pdf> (consulté le 27 février 2018) (<https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/348/348.fr.pdf>).
92. UNICEF (2012), *Case study on narrowing the gaps for equity, Uganda, Right to identity: using mobile technologies to improve delivery of, and access to, birth registration services for all children*, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe.
93. OCDE (2016), *Better ways to pay for health care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en> (consulté le 27 février 2018).
94. OCDE (2017), *Recommendations to OECD ministers of health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators*, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf> (consulté le 27 février 2018).
95. Banque mondiale (2016), *Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery*, Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, ministères des Finances de la Chine, Commission nationale de la santé et de la planification familiale de la Chine, ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale de la Chine.
96. Mills, K.T. et al. (2016), « Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries », *Circulation*, vol. 134, pp. 441-50.
97. Bitton, A. et al. (2017), « Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32, n° 5, pp. 566-71.
98. Eklund, K. et K. Wilhelmson (2009), « Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials », *Health and Social Care in the Community*, vol. 17, n° 5, pp. 447-58.
99. Leichsenring, K. (2004), « Developing integrated health and social care services for older persons in Europe », *International Journal of Integrated Care*, vol. 4, p. e10.
100. OMS, « Les patients pour la sécurité des patients », Organisation mondiale de la santé, https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/fr/ (consulté le 27 février 2018).
101. Laverack, G. (2006), « Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature », *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 24, n° 1, pp. 113-20.
102. OMS (2008), *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

103. OMS, « WHO Framework on integrated people centred health services », Organisation mondiale de la santé, Genève, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (consulté le 27 février 2018).
104. OMS (2006), *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
105. Leatherman, S. et K. Sutherland (2007), « Designing national quality reforms: a framework for action », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, n° 6, pp. 334-40.
106. Gouvernement de l’Ethiopie (2016), *Ethiopian National Health Care Quality Strategy 20162020: Transforming the Quality of Health Care in Ethiopia*, ministère de la Santé.
107. Juran, J. (2006), « Overcoming resistance to organizational change », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15, pp. 38082, doi:10.1136/ghsc.2006.020016.
108. Gouvernement du Mexique (2018), *The INDICAS system*, ministère de la Santé, <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php> (consulté le 2 mars 2018).
109. Sarabia-González, O. et al. (2015), « Política de calidad en México » [Politique de la qualité au Mexique], in García-Saisó, S. et F. Hernández-Torres (dir. pub.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* [La qualité des institutions de santé au Mexique], deuxième édition, Gouvernement du Mexique, ministère de la Santé, pp. 283-304 (en espagnol).
110. Ruelas, E., O. Gómez-Dantés et W. Morales (2015), « Mexico », in Braithwaite, J., Y. Matsuyama, R. Mannion et J. Johnson (dir. pub.), *Healthcare Reform, Quality and Safety: Perspectives, Participants, Partnerships and Prospects in 30 Countries*, Ashgate, pp. 193-202.
111. OMS (2011), *Health care-associated infections: fact sheet*, Organisation mondiale de la santé, Genève, http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf (consulté le 28 février 2018).
112. OMS (2016), *Standards pour l’amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
113. Morrison, J. et al. (2010), « Understanding how women’s groups improve maternal and newborn health in Makwanpur, Nepal: a qualitative study », *International Health*, vol. 2, n° 1, pp. 25-35.
114. Brennan, T.A. et D.M. Berwick (1996), « New rules: regulation, markets, and the quality of American health care », *BMJ*, vol. 312, p. 1108.
115. ICES (2012), *Payments to Ontario physicians from Ministry of Health and long-term care sources 1992/93 to 2009/10*, ICES investigative report, Institute for Clinical Evaluative Sciences, février, <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Payments-to-Ontario-Physicians> (consulté le 2 mars 2018).
116. Gouvernement de l’Ontario (2008), *L’excellence des soins pour tous : Loi, réglementation et politiques*, Ministère de la santé et des soins de longue durée, <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/> (consulté le 2 mars 2018).
117. Dixon-Woods, M., S. McNicol et G. Martin (2012), « Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from Health Foundation’s programme evaluations and relevant literature », *BMJ*, n° 21, pp. 876-884.
118. Health Foundation (2011), *Safer Patients Initiative phase one: mixed method evaluation of a large-scale organisational intervention to improve patient safety in four UK Hospitals*, Londres.

119. Ling, T., et al. (2010), *How do you get clinicians involved in quality improvement? An evaluation of Health Foundation's Engaging with Quality Initiative: A programme of work to support clinicians to drive forward quality*, Health Foundation, Londres.
120. Health Foundation (2011), *Learning report, Safer Patients Initiative: lessons from the first major improvement programme addressing patient safety in the UK*, Londres.
121. Needham, D.M. et al. (2009), « Improving data quality control in quality improvement projects », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, n° 2, pp. 145-50.
122. Pronovost, P.J., T. Nolan, S. Zeger, M. Miller et H. Rubin (2004), « How can clinicians measure safety and quality in acute care? », *Lancet*, vol. 363, n° 9414, pp. 1061-7.



Annexe – Mesures en faveur de la qualité

Cette annexe décrit un certain nombre de mesures destinées à améliorer la qualité des services de santé, en présentant des informations et des études supplémentaires à ce sujet.

1. L'homologation des prestataires de soins de santé est indispensable au bon fonctionnement d'un système de santé. Néanmoins, des travaux récents consacrés aux différences de résultats entre praticiens agréés et non agréés semblent indiquer que l'homologation ne suffit pas à elle seule à assurer la qualité des soins. Par exemple, une étude de la Banque mondiale portant sur une région rurale de l'Inde – où les professionnels de santé non qualifiés sont quinze fois plus nombreux que les professionnels de santé possédant un diplôme médical – constate que le fait d'avoir suivi une formation officielle ne garantit pas la qualité des soins. Cette étude observe des différences mineures entre médecins formés et non formés dans le respect des listes de contrôle de sécurité, et aucune différence de probabilité d'un diagnostic ou d'un traitement correct entre ces deux types de praticiens (1). Ces résultats laissent à penser que, même si les médecins officiellement formés savent ce qu'ils doivent faire d'un point de vue clinique, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour assurer la conformité de leur pratique avec des normes plus élevées de qualité des soins (2). D'autres méthodes comme le contrôle systématique de la qualité et la fourniture d'un retour d'information individuel aux prestataires de soins, ainsi que l'éducation des patients au sujet des compétences attendues d'un professionnel de la santé, doivent donc être appliquées pour améliorer la qualité des soins (3).

2. L'accréditation désigne la reconnaissance publique par un organe extérieur du niveau de performance d'une organisation au regard d'une série de normes prédéfinies (4). L'accréditation peut être accordée par une entité du secteur public, une entité sans but lucratif ou une entité à but lucratif. Traditionnellement, les critères utilisés pour décider de l'octroi ou non d'une accréditation portaient sur des aspects structurels et sur les processus de soins, par exemple la présence d'équipements médicaux adéquats, le nombre du personnel et le respect de standards programmatiques. Les études concernant le lien entre l'accréditation et les résultats cliniques sont encore très peu nombreuses. Dans une enquête menée en Égypte, les patients expriment en moyenne un niveau de satisfaction nettement plus élevé au sujet des services de santé non gouvernementaux accrédités au regard des critères suivants : propreté, salle d'attente, temps d'attente, personnel du service et satisfaction générale (5). Théoriquement au moins, l'accréditation présente certains avantages, tels qu'une meilleure confiance de la part du public ou l'autorégulation des institutions de soins, et peut servir de base à diverses incitations et sanctions en vue de la gestion des performances. Le maintien d'un programme d'accréditation efficace entraîne cependant certaines contraintes : la nécessité de ressources spécifiques pour remédier aux insuffisances structurelles et de résultats des établissements de soins en préparation de l'accréditation, l'adaptation constante des normes sur la base des données et le financement durable de l'accréditation nationale ou internationale (6, 7). Dans nombre de cas, une période d'assistance technique ciblée sera nécessaire avant la mise en œuvre d'un programme d'accréditation (6).

3. La gouvernance clinique englobe la promotion systématique d'activités telles que les audits cliniques, la gestion du risque clinique, la participation des patients ou des usagers des services de soins, l'éducation et le développement professionnels,

la recherche et le développement sur l'efficacité clinique, l'utilisation des systèmes d'information et les comités institutionnels de gouvernance clinique (8). La gouvernance clinique est une notion ayant pour but l'amélioration de la gestion, de la responsabilité et de la prestation de soins de qualité. Le National Health Service du Royaume-Uni a joué un rôle pionnier dans l'introduction à grande échelle d'activités de gouvernance clinique (9). Les études à ce sujet concernant des pays à revenu faible et moyen sont encore peu nombreuses mais une étude de cas sur l'Indonésie montre que, dans ce pays, la gouvernance clinique a permis d'améliorer les services de santé maternelle et néonatale dans 22 hôpitaux (10). Les méthodes les mieux adaptées de mise en œuvre de la gouvernance clinique sont celles qui font leur juste place au leadership professionnel et sont perçues à la fois comme pertinentes au regard du contexte local et comme favorisant la réflexion sur les pratiques professionnelles individuelles (11).

4. La déclaration publique des résultats est un moyen de renforcer la transparence et la responsabilité en matière de qualité et de coûts au sein des systèmes de santé en fournissant aux consommateurs, aux payeurs et aux établissements et prestataires de soins des données comparatives sur les performances. De nombreuses méthodes différentes peuvent être employées à cette fin : fiches synthétiques sur les résultats des hôpitaux, données comparatives sur les prix et les coûts dans une communauté locale ou analyse comparative d'indicateurs cliniques sur les prestataires de soins. Des obligations de déclaration publique des résultats ont été introduites dans plusieurs pays à haut revenu, dont le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis où les données montrent qu'elles contribuent à l'amélioration de la qualité. Les publications concernant ce type de pratique dans les pays à bas revenu sont peu nombreuses mais plusieurs exemples montrent leur impact potentiel. En Afghanistan, le ministère de la Santé publique a produit et rendu public un tableau de bord prospectif (12) établi à partir de données d'enquêtes sur les ménages et d'enquêtes annuelles sur les hôpitaux, qui fait apparaître une amélioration progressive des résultats nationaux entre 2004 et 2008 dans les six domaines couverts, en particulier le niveau de satisfaction des patients et des communautés locales, les capacités de prestation de soins de santé, la qualité globale des services et la réduction du montant à régler par les usagers des services (13).

5. La rémunération au rendement désigne généralement les formes de paiement des prestataires de soins reposant sur certaines mesures de résultat. La part de la rémunération totale qui est liée au rendement peut être basée sur un système d'honoraires, la capitation ou d'autres critères. Le paiement peut aussi être calculé à un niveau individuel ou collectif (hôpital, service ou équipe de soins, par exemple). Les données à ce sujet font ressortir des résultats mitigés en fonction de facteurs tels que le niveau d'adoption de ce mode de rémunération par les parties prenantes, les capacités institutionnelles et les compétences du gestionnaire du système de financement ou du détenteur des fonds (14-17). Une expérience menée sur le terrain au Rwanda suggère que la rémunération au rendement pourrait être introduite (de préférence aux systèmes de financement basés sur les intrants) en Afrique subsaharienne (15). L'étude produite à ce sujet fait état d'améliorations au regard d'un certain nombre de critères concernant l'accès ou les connaissances – notamment une réduction de 62 % du montant à régler directement par le patient, une augmentation de 144 % des accouchements assistés par une personne qualifiée et une hausse de 23 % de la connaissance des risques de contamination par le VIH en cas de perforation de la peau – mais ne relève aucun impact sur les résultats cliniques (15). Les résultats d'un projet pilote mené au Nigeria font apparaître également une augmentation du nombre de consultations prénatales et d'accouchements en présence d'une personne qualifiée (17).

6. La formation et la supervision du personnel de santé font partie des mesures les plus fréquentes pour améliorer la qualité des soins de santé dans les pays à revenu faible et moyen. Cependant, malgré les sommes très importantes investies en ce

sens par les donateurs, il existe très peu d'évaluations des effets à long terme de ces mesures. Une étude constate que la formation et la supervision n'ont pas amélioré de manière significative la qualité des soins pour les femmes enceintes ou les enfants malades en Afrique subsaharienne (18). Une autre étude portant sur le Bénin conclut que les travailleurs de la santé ayant reçu une formation à la gestion intégrée des maladies infantiles et travaillant sous supervision dispensent des soins de meilleure qualité que les soignants ayant reçu une formation et travaillant dans le contexte usuel, et que les deux groupes obtiennent de meilleurs résultats que les travailleurs non formés (19). Un projet apparenté mené également au Bénin afin de renforcer la supervision du personnel de soins s'est heurté, après quelques succès initiaux, à de nombreux obstacles à différents niveaux du système de santé qui ont conduit à un échec de la supervision, notamment à cause du manque de coordination et de compétences de gestion, du peu d'efficacité des équipes de direction, de leur absence de motivation, de la décentralisation organisationnelle, de la résistance des soignants, de la faible priorité accordée aux tâches spécifiques de supervision envisagées dans le projet, de la charge de travail supplémentaire qui en résultait, de l'interférence des activités autres que la supervision, de la mise en œuvre incomplète des dispositions du projet et de l'absence de leadership et d'agents de supervision efficaces (20). Cette étude souligne en conclusion l'importance d'un soutien au niveau dirigeant, en appelant les donateurs et les responsables politiques à faire de la supervision une priorité des systèmes de santé (20).

7. La réglementation des médicaments permet d'améliorer la qualité des médicaments produits et disponibles. Entre 5 % et 15 % des États membres de l'OMS signalent des cas de contrefaçon de médicaments mais le problème est sans doute beaucoup plus grave. Les capacités de réglementation sont actuellement limitées au niveau mondial ; l'OMS estime que 30 % des pays ne réglementent pas les médicaments ou bien que leur entité réglementaire ne fonctionne pas de manière adéquate (21). Une étude menée en Ouganda pour évaluer l'impact des directives nationales de traitement standard sur la prescription rationnelle de médicaments a constaté des progrès importants dans le traitement des affections générales, du paludisme et de la diarrhée (22). Cependant, les autorités de réglementation ne disposent pas toujours des importantes ressources financières et humaines requises pour assurer la bonne application de leurs directives. Cela est particulièrement le cas dans les pays plus pauvres (21). On a soutenu l'idée que les pays dont les ressources sont limitées devraient se fier à l'évaluation effectuée par les grandes autorités de réglementation pharmaceutique comme celles des États-Unis ou d'Europe pour certaines catégories de médicaments (23). Toutefois, cela ne résoudrait pas le problème du contrôle de l'application effective des normes ; en outre, les directives des pays à haut revenu ne tiennent pas nécessairement compte de certaines caractéristiques que d'autres pays jugent les plus importantes. Parmi les méthodes visant à agir sur les pratiques de prescription qui ont donné les meilleurs résultats, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, on peut citer les directives de traitement standard, les listes de médicaments essentiels, les comités de pharmacologie et de thérapeutique, la formation professionnelle et la formation continue ciblée (24).

8. Le contrôle des normes minimum de sécurité dans les établissements de soins est un moyen d'assurer le maintien des capacités et des ressources de base qui sont indispensables à la sécurité de l'environnement clinique. Il n'existe guère d'études formelles sur le contrôle de l'application des normes minimum de sécurité au niveau des hôpitaux ou des dispensaires (25) mais un certain nombre de facteurs sont connus pour améliorer les pratiques de sécurité, notamment la cohérence entre les normes, l'approbation des normes au niveau ministériel et la supervision effective pour assurer la communication des normes et aider les praticiens dans leur travail

quotidien (26). Le contrôle devrait porter au minimum sur les éléments structurels qui sont déterminants aux fins de la qualité des soins : l'existence d'une source d'eau propre, d'une alimentation fiable en électricité et d'un système d'alimentation de secours, l'assistance d'un personnel de santé qualifié en nombre suffisant, la définition claire des fonctions de direction, la tenue de dossiers médicaux complets et la responsabilité.

9. Les protocoles de sécurité, par exemple au sujet de l'hygiène des mains, visent à prévenir nombre des risques évitables qui menacent le bien-être des patients et peuvent leur causer des préjudices ou des souffrances (27). Les infections nosocomiales constituent le type d'événement non souhaité le plus fréquent dans le contexte des soins au niveau mondial (28), en particulier les infections de plaies chirurgicales, du sang, des voies urinaires et des voies respiratoires inférieures (29). Néanmoins, l'hygiène des mains demeure un problème mondial, les taux de conformité à cet égard étant en moyenne inférieurs à 40 % (30). Les études sur l'hygiène des mains montrent que les protocoles de sécurité ont un impact favorable allant de 10 % à près de 50 % (31, 32). Une vingtaine d'études en milieu hospitalier publiées entre 1977 et 2008 ont montré que l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains se traduit par une baisse du nombre d'infections (33). Les programmes d'amélioration de l'hygiène des mains ont aussi un impact économique : une étude réalisée au Viet Nam conclut que, pour chaque infection nosocomiale évitée, un hôpital économise 1 000 USD (32). Pour obtenir les changements comportementaux souhaités, plusieurs mesures doivent être introduites simultanément : modification de l'organisation du système de soins, soutien administratif, motivation du personnel, mise à disposition de désinfectant pour les mains à base d'alcool, accès à l'eau propre et au savon, formation et sensibilisation intensive du personnel de soins, et rappels sur le lieu de travail (30, 34, 35). Le maintien de la conformité en ce domaine est un problème très répandu qui dépend de nombreux facteurs structurels, notamment le statut professionnel (médecin, aidesoignant, kinésithérapeute, technicien), du service ou du type de soins, de la dotation en personnel et de la présence de moyens de sécurité pertinents comme les gants (33). Les programmes d'hygiène des mains doivent en outre adaptés au contexte (par exemple en imposant l'utilisation de désinfectant à base d'alcool lorsque l'alimentation en eau propre n'est pas fiable) (31, 35).

10. Les listes de contrôle pour la sécurité, comme les listes de contrôle pour la sécurité chirurgicale, peuvent contribuer de manière positive à réduire les complications cliniques et la mortalité. Une étude menée dans huit hôpitaux de pays à revenu élevé ou faible indique que l'application renforcée de six procédures de sécurité essentielles prévues dans une liste de contrôle fournie aux hôpitaux a conduit en moyenne à une baisse de 36 % du taux de complications postopératoires et à une diminution comparable du taux de mortalité (36).

En outre, si pendant l'année qui suit l'introduction d'une liste de contrôle, des complications majeures sont évitées, un hôpital aura rentabilisé son investissement (37). Les données montrent cependant que l'adoption effective d'une liste de contrôle exige des ressources matérielles et une formation spécifique du personnel clinique ; il faut également que cette initiative s'inscrive dans des efforts institutionnels plus larges et dans un contexte clinique particulier (38-40). Ces facteurs sont particulièrement pertinents dans les pays à revenu faible et moyen (38). L'introduction inadéquate d'une liste de contrôle dans un contexte à bas revenu peut en effet non seulement échouer à réduire les risques concernant la sécurité des patients, mais aussi créer des risques nouveaux liés au contournement des normes, à la démotivation du personnel ou à d'autres types de comportements nuisibles aux soins (38). L'introduction de listes de contrôle en chirurgie aura plus de chances de donner des résultats optimaux si elle s'inscrit dans un programme plurimodulaire existant de protection de la sécurité des patients (38).

11. La déclaration des événements indésirables est un moyen de documenter des événements médicaux négatifs ou non souhaités dus à des soins particuliers ou se produisant lors d'une consultation avec un patient (41). La déclaration de ces événements permet de sensibiliser le personnel de santé, d'accroître la transparence et de promouvoir la responsabilité en cas de soins dangereux. Les événements indésirables dus à des soins médicaux constituent une source majeure de morbidité et de mortalité au niveau mondial. Une étude portant sur la charge mondiale des pathologies et complications associées à des soins médicaux estime que, sur 421 millions d'hospitalisation par an dans le monde, environ 42.7 millions donnent lieu à des événements indésirables se traduisant par une perte de 23 millions d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) (42). Les deux tiers environ de l'ensemble des événements indésirables se produisent dans les pays à revenu faible ou moyen. Les soins médicaux peu sûrs conduisent certains patients, en particulier dans les pays à bas revenu, à éviter de recourir au système de santé officiel ; le manque de sécurité des soins constitue, par conséquent, un obstacle important à l'accès de nombreuses personnes pauvres aux services de santé dans le monde. La perte de ressources résultant d'hospitalisations prolongées ou de soins supplémentaires, ainsi que les pertes de salaire et de productivité, sont également des conséquences de la mauvaise qualité des soins.

12. L'aide à la décision clinique (ADC) désigne la fourniture de connaissances et d'informations spécifiques sur un patient à un moment adéquat pour améliorer la délivrance des soins de santé en première ligne. L'ADC englobe toute une gamme d'outils d'aide à la prise de décision tels que les directives cliniques, les directives contextuelles spécialisées, les alertes et rappels informatiques, les documentstypes et les outils d'assistance au diagnostic. L'ADC peut être automatisée (c'est-à-dire intégrée à des dossiers médicaux électroniques ou à des appareils mobiles) ou exister sous forme de documents imprimés. L'ADC électronique présente de nombreux avantages mais elle exige une assistance technique constante et peut se heurter à des difficultés en cas d'insuffisances infrastructurelles comme un accès réduit à l'internet ou des sautes de courant (43). Plusieurs études ont examiné l'opportunité d'introduire l'ADC dans les pays à revenu faible ou moyen mais on ne dispose encore que de données très réduites sur l'impact sanitaire de ce type de mesure (43, 44). Certains auteurs soulignent la nécessité de mettre en balance l'intérêt de l'ADC en tant que moyen de standardiser les soins et d'en améliorer la qualité, et le respect de l'autonomie du médecin et de son aptitude à prendre des décisions sur la base du contexte, de son expertise clinique et des besoins particuliers du patient (43-45).

13. Les standards, chemins et protocoles cliniques ont été introduits depuis les années 1980 au niveau international pour guider la prestation de soins fondés sur des données probantes (46). Dans les pays à haut revenu, la mise en place de chemins cliniques a permis d'améliorer les soins concernant diverses affections comme l'infarctus aigu du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Une étude australienne a montré par exemple qu'après l'introduction d'un programme de chemin clinique accompagné de listes aidemémoire et de rappels, le nombre de patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde ayant reçu des bêtabloquants pendant les 24 heures suivant leur hospitalisation a augmenté de 48 % (47). Dans un autre programme, le nombre de victimes d'accident vasculaire cérébral ischémique ayant reçu de l'aspirine ou du clopidogrel pendant les 24 heures suivant leur hospitalisation a augmenté de 55 % (47). Une étude des États-Unis analysant l'introduction de protocoles cliniques pour des soins optimaux dans le travail médical via la saisie des ordonnances du prestataire de soins a montré qu'avec cet outil d'aide à la décision, le nombre de patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde recevant de l'aspirine a nettement augmenté (48). Des chemins et protocoles cliniques sont également utilisés dans les pays à revenu bas et moyen où des lignes directrices nationales sont publiées régulièrement et

constituent une source de référence importante pour les cliniciens et les agents de la santé publique, en particulier dans le cadre des programmes verticaux de lutte contre des maladies comme la tuberculose et le VIH/sida (49, 50).

14. Les audits cliniques et le retour d'information permettent d'améliorer les soins des patients en contrôlant l'application de standards et de lignes directrices explicites et en fournissant un retour d'information utile. Ils sont couramment utilisés dans le monde pour favoriser la mise en œuvre de directives sur la pratique clinique en identifiant les différences de résultats injustifiées et en renforçant le respect de ces directives. Les audits individuels et d'hôpital constituent un élément clé de la stratégie de lutte contre le cancer introduite en Catalogne (Espagne) et visent à promouvoir l'équité (51). Même dans les régions rurales aux ressources limitées, par exemple en République Unie de Tanzanie, les audits cliniques sont associés à une baisse du taux de mortalité et de morbidité maternelle (52). Les études réalisées dans des pays à haut revenu montrent que les établissements de soins aux performances plus élevées fournissent en général plus rapidement aux prestataires de soins un retour d'information individualisé et non punitif que les établissements de soins aux performances moindres (53). La plupart des études ne fournissent aucune évaluation quantitative des effets concrets des audits et du retour d'information sur l'application effective des normes cliniques, mais elles soulignent la fréquence des erreurs médicales et offrent un bilan descriptif de la qualité des soins dans un contexte donné, en aidant ainsi le personnel clinique à identifier les domaines où des améliorations sont nécessaires et à prendre des mesures à cette fin. Divers facteurs peuvent faciliter ou non l'introduction des audits cliniques, notamment : le niveau des ressources disponibles, l'adhésion des prestataires de soins, le soutien du leadership au processus, la compréhension et la mise en œuvre cohérentes des directives cliniques, le degré d'exactitude de l'information figurant dans les dossiers cliniques et l'efficacité des mécanismes mis en place pour assurer un retour continu d'information (51, 54).

15. Les contrôles de morbidité et de mortalité constituent un moyen d'apprentissage collectif et un processus transparent permettant aux cliniciens d'examiner leur pratique et d'identifier les domaines où des améliorations sont possibles (par exemple, les résultats de santé des patients ou les événements indésirables) sans avoir à craindre un blâme (55). Les contrôles de morbidité et de mortalité sont l'occasion pour le personnel clinique d'examiner ensemble, dans un but d'apprentissage, les facteurs ayant pu entraîner des complications ou le décès d'un malade (55). Ils favorisent par conséquent la reconnaissance active des fautes ou des erreurs pour à la fois apprendre et identifier les améliorations nécessaires du processus de soins. On a montré qu'ils contribuent à renforcer la collaboration et la communication, facilitent l'apprentissage en équipe et aboutissent à modifier la tenue des dossiers médicaux ou certaines pratiques de gouvernance pertinentes aux fins de la sécurité des patients (55-57). Les contrôles de morbidité et de mortalité sont utilisés depuis longtemps dans les pays à haut revenu mais certains travaux récents montrent leur intérêt potentiel pour les pays à revenu faible et moyen. Une étude descriptive portant sur le Népal suggère qu'ils pourraient être introduits dans des localités rurales où le niveau des ressources est peu élevé (56). Les enquêtes menées dans divers contextes géographiques et économiques ont isolé plusieurs facteurs de réussite à cet égard : la participation nécessaire du haut personnel administratif, l'implication du personnel clinique et non clinique, la définition claire des objectifs, la prise en compte lors de la sélection des cas à examiner de leur intérêt potentiel dans l'optique de l'amélioration des soins, et la coordination du suivi des mesures décidées dans un but d'amélioration (55-57).

16. Les cycles de collaboration et d'amélioration des soins au moyen du travail en équipe désignent une méthode formelle consistant à regrouper plusieurs équipes d'hôpitaux ou de dispensaires pour les inciter à concevoir des améliorations dans un domaine donné pendant une période de temps définie. Les cycles de collaboration

reposent généralement sur l'échange d'idées, l'essai itératif de mesures susceptibles d'améliorer les processus de soins et l'apprentissage mutuel entre plusieurs organisations de soins. Les études menées dans des pays à haut revenu, par exemple au sujet de dispositifs nationaux de coordination pour la prévention des infections nosocomiales ou la réduction des taux d'accouchement par césarienne, montrent que ces collaborations peuvent être très efficaces, en ramenant les taux d'infection de 27 % à 1.7 % et les taux de césarienne de 30 % en quelques mois (58-60). Des collaborations ont également été instituées dans des pays à bas revenu. Par exemple, l'Alliance des hôpitaux éthiopiens pour la qualité, un projet de collaboration nationale lancé sous l'égide du ministère fédéral de la Santé de l'Éthiopie, regroupait 68 hôpitaux parmi lesquels 44 ont enregistré une amélioration de 10 % du niveau de satisfaction des patients sur une échelle de notation de un à dix entre le début et la fin de la période considérée (61). Entre 1998 et 2008, USAID a soutenu financièrement 54 collaborations dans 14 pays à revenu faible et moyen. Une méta-analyse de 27 de ces collaborations dans 12 pays à revenu faible et moyen a montré qu'un niveau de performance élevé avait été maintenu pendant une période de 13 mois en moyenne, que la durée moyenne nécessaire pour atteindre un niveau de performance de 80 % était de 9.2 mois, et que la durée moyenne nécessaire pour atteindre un niveau de performance de 90 % était de 14.4 mois (62).

17. La participation et la responsabilisation formelle des communautés locales

désignent la contribution active et volontaire des membres des communautés locales à la santé de la population locale et aux résultats du système de soins. Cette participation peut prendre de nombreuses formes telles que l'adoption de comportements de prévention et de traitement des maladies, l'implication directe dans les activités de contrôle des maladies, la contribution à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de santé, et la fourniture de ressources aux services de santé. Les membres de la communauté locale peuvent également apporter leur contribution aux systèmes de santé par le biais d'analyses des besoins, de la définition des priorités les plus urgentes ou encore de la participation aux conseils d'administration des établissements de santé. Il existe de nombreux exemples de ce type de participation : en Érythrée et au Sénégal, par exemple, le rôle accru des communautés locales dans le contrôle du paludisme a permis une diminution du nombre de cas graves (63), et une analyse préliminaire de l'épidémie d'Ebola indique que le rôle confié officiellement aux communautés locales dans la lutte contre l'épidémie a eu un impact non négligeable sur la détection et l'identification des porteurs du virus et a contribué à améliorer la confiance à l'égard des unités de traitement mises en place au niveau local (64). Le rôle des communautés locales est aussi de plus en plus pris en compte dans les processus de réforme des systèmes de santé : au Kenya, par exemple, des essais ont été menés en ce sens lors de la planification annuelle des services de santé au niveau du district où, par leur participation, les communautés locales ont pu influencer sur la fixation des cibles et priorités de santé. Parmi les problèmes à résoudre en vue de l'attribution d'un rôle formel aux communautés locales, on peut citer : le développement des capacités de participation des communautés, la mise à disposition d'outils et de matériel à l'appui de leur participation, et l'assurance d'une supervision et d'un suivi adéquat par des professionnels de la santé.

18. L'éducation à la santé vise à développer chez les individus l'aptitude à obtenir et comprendre les informations essentielles requises pour prendre des décisions adéquates en matière de santé en tant que patient, membre de la famille d'un patient ou membre d'une communauté locale (65). Le manque d'éducation à la santé est un obstacle à la qualité des soins ; les patients peu informés ont du mal, par exemple, à suivre les instructions de leur médecin, à communiquer avec le système de santé ou à comprendre et respecter la prise de médicaments qui leur a été prescrite (65). En outre, les patients qui ont peu de connaissances spécifiques sur leur maladie ont une qualité de vie moindre et obtiennent des résultats de santé moins satisfaisants (65). Des études

montrent que les activités d'éducation à la santé permettent non seulement d'améliorer les connaissances mais renforcent également l'accès aux soins médicaux. Un programme d'éducation à la santé mis en œuvre au Malawi, par exemple, s'est traduit par une nette amélioration des connaissances en matière de santé mentale (66) et une étude réalisée en Inde a découvert une corrélation positive entre activités d'éducation à la santé et taux de vaccination des enfants (67). Les gains de connaissance obtenus grâce à ces activités s'atténuent cependant avec le temps et il est donc essentiel d'organiser des programmes de suivi. Les enquêtes soulignent l'intérêt de cibler certains agents d'influence comme les enseignants pour étendre la portée de ces programmes et garantir la durabilité de leurs effets (66, 67). Des programmes d'éducation à la santé peuvent aussi être intégrés à l'enseignement scolaire obligatoire, comme cela est déjà couramment le cas en ce qui concerne l'éducation à l'hygiène sexuelle (68).

19. La prise de décision commune entre professionnels de santé et patients est une méthode fréquemment employée pour adapter les soins aux besoins et aux préférences des patients dans le but d'obtenir de meilleurs résultats de santé. Des données très nombreuses montrent que les patients souhaitent être mieux informés et plus fortement impliqués dans leur traitement (69) mais peu d'études à ce jour ont cherché à déterminer les effets de leur participation aux soins sur les résultats cliniques, en particulier dans les pays à revenu bas et moyen. Une communication inadéquate entre prestataires de soins peut empêcher les patients d'accéder à certains services de santé (70). Des obstacles à la participation des patients existent aussi dans nombre d'établissements de soins publics comme les dispensaires qui sont souvent débordés ou dont les capacités sont saturées (71). Une étude sur la prise de décision commune et la participation du patient dans le contexte des traitements antirétroviraux constate qu'immédiatement après le diagnostic de séropositivité, les patients préfèrent en fait laisser la décision au professionnel de santé mais qu'une fois mieux habitués à ce diagnostic, ils se montrent plus ouverts à une prise de décision commune au sujet de leur traitement (71). Rien n'indique qu'une prise de décision commune pourrait avoir des incidences négatives sur les soins médicaux mais il est probable que nombre d'aspects ne peuvent être abordés au cours d'une seule consultation, compte tenu en particulier des représentations de la maladie qui peuvent exister au niveau local ou de la méfiance qui subsiste parfois pour des raisons historiques à l'égard de la médecine « occidentale », raisons pouvant inciter les patients à rechercher des remèdes traditionnels (70).

20. Les groupes de soutien par les pairs et les groupes de patients experts mettent en contact des personnes atteintes d'une affection clinique similaire pour leur permettre de partager leurs connaissances et leurs expériences. Ce type d'interaction complète et renforce les services de soins en apportant le soutien psychologique, social et pratique nécessaire pour gérer des problèmes médicaux et rester en aussi bonne santé que possible. Les nombreuses publications montrant l'efficacité des groupes de patients et de soutien par les pairs parmi les adultes séropositifs fournissent des indications utiles sur ce qui est faisable et atteignable pour améliorer la qualité des soins. Une étude systématique de l'impact des groupes de soutien sur les personnes porteuses du VIH révèle une corrélation entre la participation à un groupe de soutien et une baisse de la mortalité et de la morbidité, une plus grande fidélisation aux soins et une amélioration de la qualité de vie (72). Les consultations de groupe donnent des résultats prometteurs en fournissant aux patients un réseau de soutien par les pairs permettant d'optimiser le respect du traitement, d'améliorer le taux de rétention des patients, de développer leurs connaissances, de surveiller les effets secondaires et d'obtenir des gains thérapeutiques (73). Dans une étude menée en Afrique du Sud, il est apparu que les personnes participant à un groupe de soutien avaient nettement plus de chances d'avoir une charge virale indétectable et une numération des CD4 supérieure à 200 cellules/mm³ à 12 mois que les personnes ne participant pas à un

groupe de soutien (72). Compte tenu de la grave pénurie de ressources humaines au niveau mondial, en particulier le manque de prestataires de soins formés, les groupes de soutien pourraient contribuer plus largement à améliorer l'efficacité des modèles de soins (72).

21. L'expérience des soins et le retour d'information des patients tiennent une place accrue comme moyen de mieux comprendre et d'améliorer la qualité des services de santé, surtout dans les pays à haut revenu. Des données de plus en plus nombreuses indiquent une corrélation entre la possibilité pour les patients de décrire leur expérience des soins avec d'autres mesures plus objectives de la qualité (74). Les mesures adoptées en conséquence contribuent à améliorer encore l'expérience des patients et leur conformité au traitement, leur participation aux soins et les résultats de santé (75, 76). Plusieurs études menées dans des pays à revenu faible et moyen montrent que les patients sont capables de porter un jugement pertinent sur certains aspects de leurs soins. Une étude réalisée en République Unie de Tanzanie constate, par exemple, que les patients cherchent proactivement à obtenir des soins sur la base de leurs besoins cliniques, tels qu'indiqués par le type et la gravité de leurs symptômes, et de la valeur qu'ils accordent aux soins reçus antérieurement (77). Les données tirées d'audits des établissements de soins primaires en Inde montrent que les patients ont une idée précise à la fois de ce qu'ils veulent et ont besoin d'obtenir du médecin et de ce qu'ils sont prêts à payer pour cela (78). Certains auteurs pensent au contraire que l'expérience des patients est déterminée surtout par des facteurs comme le caractère accueillant des locaux ou l'amabilité du personnel mais on a pu montrer que les patients savent faire la différence entre ces impressions superficielles et une participation significative à leurs soins.

22. Les outils d'autosurveillance à l'intention des patients désignent les techniques et les technologies dont peuvent se servir les patients et leurs familles pour gérer leur état de santé en dehors d'un établissement de soins officiel. Ils font l'objet d'études de plus en plus nombreuses en tant que moyens d'améliorer la qualité dans un contexte de responsabilisation croissante des patients partout dans le monde. L'autosurveillance du diabète est un bon exemple à cet égard, compte tenu de la prévalence accrue des maladies chroniques au niveau mondial. Les diabétiques participant à des programmes de formation à l'autosurveillance affichent une baisse significative de leur taux d'hémoglobine glyquée ; en Ouganda, ces programmes ont permis de faire baisser à la fois le taux d'HbA1c et la tension artérielle diastolique des patients et, au Honduras, l'autosurveillance se traduit pour plus de la moitié des patients par une amélioration des taux de glycémie, de l'alimentation et de la conformité au traitement (79). Une analyse économique des interventions relatives au diabète constate que la formation à l'autosurveillance du diabète entraîne à court terme une réduction des coûts médicaux dans les pays en développement (80). Avec la diffusion des téléphones mobiles, les mesures en faveur de l'autosurveillance sont aussi d'un bon rapport coût-efficacité (79). Certains obstacles peuvent s'opposer cependant à l'introduction de ces mesures à grande échelle, par exemple des difficultés d'accès géographique ou financier aux programmes de formation à l'autosurveillance, la nécessité de disposer de ressources humaines spécifiquement formées à l'échelon central et local, et l'accès à l'éducation en général (81).

23. L'évaluation des technologies de la santé (ETS) vise à déterminer dans quelle mesure les technologies de soins aident à maintenir et améliorer la santé. L'ETS sert à informer la prise de diffusion politique et clinique au sujet de l'introduction et de la diffusion d'un large éventail de technologies de santé (82, 83). Pour analyser l'impact éventuel de l'ETS sur la qualité, il est nécessaire d'examiner les résultats à long terme des politiques qui ont été mises en œuvre avec succès. L'ETS est utilisée dans de nombreux contextes différents, par exemple l'élaboration des politiques de vaccination des enfants contre la grippe, l'établissement des barèmes de remboursement en Suède

(où elle a permis de réduire les coûts annuels), la sélection des critères pris en compte dans les forfaits d'assurance maladie en Thaïlande et au Chili (84-86), ou la définition du rôle de certaines techniques de chirurgie laparoscopique au Kazakhstan (87). La cohésion à l'intérieur de chaque groupe de parties prenantes et entre eux est nécessaire pour appliquer avec succès l'ETS avec la participation des professionnels de la santé, des organisations de défense des intérêts des patients et des entreprises concernées, en particulier les fabricants de technologies à usage médical et les sociétés pharmaceutiques (88). La transparence de l'analyse, des coûts et des résultats (sur la base de données de vie réelle) est indispensable pour assurer la pertinence de l'ETS (83). L'accès en temps opportun à des produits de santé, des procédures de soins et des médicaments adéquats déterminant souvent les résultats de santé, l'ETS constitue un moyen important d'améliorer la qualité des soins des individus et des populations.

Références pour l'Annexe

1. Das, J., A. Holla, V. Das, M. Mohanan, D. Tabak et B. Chan (2012), « In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps », *Health Affairs* (Millwood), vol. 31, n° 12, pp. 2774-84.
2. Das, J. et J. Hammer (2005), « Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India », *Policy Research Working Paper*, n° 3669, Banque mondiale, Washington D.C.
3. Das, J., J. Hammer (2007), « Location, location, location: residence, wealth, and the quality of medical care in Delhi, India », *Health Affairs*, vol. 26, n° 3, pp. w338-51.
4. Smits, H., A. Supachutikul et K.S. Mate (2014), « Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries », *Globalization and Health*, vol. 10, n° 1, p. 65.
5. Al Tehewy, M., B. Salem, I. Habil et S. El Okda (2009), « Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, n° 3, pp. 183-9.
6. Bukonda, N., P. Tavrow, H. Abdallah, K. Hoffner et J. Tembo (2002), « Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 14, Suppl. 1, pp. 716.
7. Hinchcliff, R. et al. (2012), « Narrative synthesis of health service accreditation literature », *BMJ Quality and Safety*, vol. 21, n° 12, pp. 979-91.
8. Scott I. (2009), What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care?, *Internal Medicine Journal*, vol. 39, n° 6, pp. 389-400.
9. Scally, G. et L.J. Donaldson (1998), « Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England », *BMJ*, vol. 317, n° 7150, pp. 615.
10. Amelia, D., S. Suhowsky, M. Baharuddin, M. Tholandi, A. Hyre et S. Reena (2015), « Case study: clinical governance as an approach to improve maternal and newborn health in 22 hospitals in Indonesia », *World Health and Population*, vol. 16, n° 2, pp. 16-23.
11. Phillips, C.B. et al. (2010), « Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence », *Medical Journal of Australia*, vol. 193, n° 10, pp. 602-7.
12. Peters, D.H., A.A. Noor, L.P. Singh, F.K. Kakar, P.M. Hansen et G. Burnham (2007), « Carte de pointage équilibrée pour les services sanitaires afghans », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 85, n° 2, pp. 146-51.
13. Edward, A., B. Kumar, F. Kakar, A.S. Salehi, G. Burnham et D.H. Peters (2011), « Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan », *PLoS Medicine*, vol. 8, n° 7, p. e1001066.
14. Ssengooba, F., B. McPake et N. Palmer (2012), « Why performance-based contracting failed in Uganda: an "open-box" evaluation of a complex health system intervention », *Social Science and Medicine*, vol. 75, n° 2, pp. 377-83.
15. Soeters, R., C. Habineza et P.B. Peerenboom (2006), « Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, n° 11, pp. 884-9.
16. Soeters, R., P.B. Peerenboom, P. Mushagalusa et C. Kimanuka (2011), « Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo », *Health Affairs*, Millwood, vol. 30, n° 8, pp. 1518-27.
17. Ashir, G.M., H.V. Doctor et G.Y. Afenyadu (2013), « Performance based financing and uptake of maternal and child health services in Yobe State, northern Nigeria », *Global Journal of Health Science*, vol. 5, n° 3, pp. 34-41.
18. Leslie, H.H., A. Gage, H. Nsona, L.R. Hirschhorn, M.E. Kruk (2016), « Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub-Saharan Africa », *Health Affairs*, Millwood, vol. 35, n° 9, pp. 1716-24.

19. Rowe, A.K., F. Onikpo, M. Lama, D.M. Osterholt, S.Y. Rowe et S. Deming (2009), « A multifaceted intervention to improve health worker adherence to integrated management of childhood illness guidelines in Benin », *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 5, pp. 837-46.
20. Rowe, A.K., F. Onikpo, M. Lama et M.S. Deming (2010), « The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of integrated management of childhood illness in Benin », *Health Policy and Planning*, vol. 25, n° 2, pp. 125-34.
21. Newton, P.N., M.D. Green et F.M. Fernández (2010), « Impact of poor-quality medicines in the 'developing' world », *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 31, n° 3, pp. 99-101.
22. Kafuko, J.M. et al. (1997), *Rational drug use in rural health units of Uganda: effect of national standard treatment guidelines on rational drug use*, Département des Médicaments essentiels et Politique pharmaceutique, Organisation mondiale de la santé, Genève.
23. Gray, A. (2014), *Access to medicines and drug regulation in developing countries: a resource guide for DFID*, Health Systems Resource Centre, ministère du Développement international du Royaume Uni.
24. Laing, R., H.V. Hogerzeil et D. Ross-Degnan (2001), « Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries », *Health Policy and Planning*, vol. 16, n° 1, pp. 13-20.
25. Gershon, R.R.M. et al. (2000), « Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents », *American Journal of Infection Control*, vol. 28, n° 3, pp. 211-21.
26. Ovretveit, J. (2004), « Formulating a health quality improvement strategy for a developing country », *International Journal of Health Care Quality: Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, vol. 17, n° 7, pp. 368-76.
27. OMS (2009), *Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains*, Organisation mondiale de la santé Genève.
28. Friedman, C. et W. Newsom (dir. pub.) (2011), *IFIC basic concepts of infection control*, 2^{ème} édition, Fédération Internationale de la Prévention des Infections, Portadown, Irlande du Nord.
29. OMS (2009), « Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection : Rapport de la deuxième réunion du réseau informel de lutte contre l'infection dans le cadre des soins de santé », Organisation mondiale de la santé, Genève, 26-27 juin.
30. Raka, L. (2010), « Prevention and control of hospital-related infections in low- and middle-income countries », *Open Infectious Diseases Journal*, vol. 4, n° 1, pp. 125-31.
31. Budd, A. et al. (2016), « A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda », *Journal of Service Science and Management*, vol. 9, pp. 150-9.
32. Thi Anh Thu, L. et al. (2015), « Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam », *American Journal of Infection Control*, vol. 43, n° 12, pp. e93-9.
33. Allegranzi, B. et D. Pittet (2009), « Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention », *Journal of Hospital Infection*, vol. 73, n° 4, pp. 305-15.
34. Allegranzi, B. et al. (2010), « Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 31, n° 2, pp. 133-41.
35. Mathur, P. (2011), « Hand hygiene: back to the basics of infection control », *Indian Journal of Medical Research*, vol. 134, n° 5, pp. 611-20.
36. Haynes, A.B. et al. (2009), « A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 5, pp. 491-9.

37. Semel, M.E. et al. (2010), « Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals », *Health Affairs*, Millwood, vol. 29, n° 9, pp. 1593-9.
38. Aveling, E.L., P. McCulloch et M. Dixon-Woods (2013), « A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries », *BMJ Open*, vol. 3, n° 8, p. e003039.
39. Arriaga, A.F. et al. (2013), « Simulation-based trial of surgical-crisis checklists », *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 3, pp. 246-53.
40. Dixon-Woods, M. (2014), *The problem of context in quality improvement*, Health Foundation.
41. Classen, D.C. et al. (2011), « 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured », *Health Affairs* (Millwood), vol. 30, n° 4, pp. 581-9.
42. Jha, A.K. (2013), « The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies », *BMJ Quality and Safety*, vol. 22, n° 10, pp. 809-15.
43. Ali, M.K., S. Shah et N. Tandon (2011), « Review of electronic decision-support tools for diabetes care: a viable option for low- and middle-income countries? », *Journal of Diabetes Science and Technology*, vol. 5, n° 3, pp. 553-70.
44. Raghu, A., D. Praveen, D. Peiris, L. Tarassenko et G. Clifford (2015), « Engineering a mobile health tool for resource-poor settings to assess and manage cardiovascular disease risk: SMARTHealth study », *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 15, n° 1, p. 36.
45. Praveen, D., A. Patel, A. Raghu, G.D. Clifford, P.K. Maulik et A. A. Mohammad (2014), « SMARTHealth India: development and field evaluation of a mobile clinical decision support system for cardiovascular diseases in rural India », *JMIR mHealth and uHealth*, vol. 2, n° 4, p. e54.
46. Kinsman, L., T. Rotter, E. James, P. Snow et J. Willis (2010), « What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate », *BMC Medicine*, vol. 8, p. 31.
47. Wolff, A.M., S.A. Taylor et J.F. McCabe (2004), « Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care », *Medical Journal of Australia*, vol. 181, n° 8, pp. 428-31.
48. Ozdas, A., T. Speroff, L.R. Waitman, J. Ozbolt, J. Butler et R.A. Miller (2006), « Integrating "best of care" protocols into clinicians' workflow via care provider order entry: impact on quality-of-care indicators for acute myocardial infarction », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 13, n° 2, pp. 188-96.
49. Jassal, M.S. et W.R. Bishai (2010), « The epidemiology and challenges to the elimination of global tuberculosis », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 50, Suppl. 3, pp. S156-S64.
50. Suharlim, C. (2014), *National TB guidelines implementation: challenges, deviations, and strategies*.
51. Manchon-Walsh, P., J.M. Borrás, J.A. Espinas et L. Aliste (2011), « Variability in the quality of rectal cancer care in public hospitals in Catalonia (Spain): clinical audit as a basis for action », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 37, n° 4, pp. 325-33.
52. Nyamtema, A.S., A.B. de Jong, D.P. Urassa et J. van Roosmalen (2011), « Using audit to enhance quality of maternity care in resource limited countries: lessons learnt from rural Tanzania », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 11, n° 1, p. 94.
53. Hysong, S.J., R.G. Best et J.A. Pugh (2006), « Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable », *Implementation Science*, vol. 1, n° 1, p. 9.
54. Hysong, S.J., C.R. Teal, M.J. Khan et P. Haidet (2012), « Improving quality of care through improved audit and feedback », *Implementation Science*, vol. 7, n° 1, p. 45.
55. Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Quality and Safety*. 2012;21:7.

56. Schwarz, D. et al. (2011), « Implementing a systems-oriented morbidity and mortality conference in remote rural Nepal for quality improvement », *BMJ Quality and Safety*, vol. 20, n° 12, pp. 1082-8.
57. François, P., F. Prate, G. Vidal-Trecan, J.-F. Quaranta, J. Labarere et E. Sellier (2016), « Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives: an observational study », *BMC Health Services Research*, vol. 16, n° 1, p. 35.
58. Boushon, B., L. Provost, J. Gagnon et P. Carver (2006), « Using a virtual breakthrough series collaborative to improve access in primary care », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 32, n° 10, pp. 573-84.
59. Dellinger, E.P., S.M. Hausmann, D.W. Bratzler, R.M. Johnson, D.M. Daniel et K.M. Bunt (2005), « Hospitals collaborate to decrease surgical site infections », *American Journal of Surgery*, vol. 190, n° 1, pp. 915.
60. Flamm, B.L., D.M. Berwick et A. Kabacnel (1998), « Reducing cesarean section rates safely: lessons from a "breakthrough series" collaborative », *Birth*, vol. 25, n° 2, pp. 117-24.
61. Linnander, E. et al. (2016), « Use of a national collaborative to improve hospital quality in a low-income setting », *International Health*, vol. 8, n° 2, pp. 148-53.
62. Franco, L.M. et L. Marquez (2011), « Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries », *BMJ Quality and Safety*, vol. 20, n° 8, pp. 658-65.
63. OMS (2006), *Community involvement in health*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
64. Fallah, M. et al. (2016), « Interrupting Ebola transmission in Liberia through community-based initiatives », *Annals of Internal Medicine*, vol. 164, n° 5, pp. 367-9.
65. Sampson, U.K., M. Amuyunzu-Nyamongo et G.A. Mensah (2013), Health promotion and cardiovascular disease prevention in sub-Saharan Africa, *Progress in Cardiovascular Diseases*, vol. 56, n° 3, pp. 344-55.
66. Kutcher, S., H. Gilberds, C. Morgan, R. Greene, K. Hamwaka et K. Perkins (2015), « Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach », *Global Mental Health*, vol. 2, n° 10.
67. Johri, M. et al. (2015), « Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 69, n° 9, pp. 849-57.
68. Chandra-Mouli, V., D. R. McCarragher, S.J. Phillips, N.E. Williamson et G. Hainsworth (2014), Contraception for adolescents in low- and middle-income countries: needs, barriers, and access, *Reproductive Health*, vol. 11, n° 1, p. 1.
69. Coulter, A. (1997), « Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 2, n° 2, pp. 112-21.
70. Merten, S. et al (2010), « Patient- reported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 15, Suppl. 1, pp. 16-33.
71. Roy, M. et al. (2016), « Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 13, n° 3, pp. 177-85.
72. Bateganya, M.H., U. Amanyiwe, U. Roxo et M. Dong (2015), « Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 68, Suppl. 3, pp. S368-74.
73. Gupta, N. et G. Bukhman (2015), « Leveraging the lessons learned from HIV/AIDS for coordinated chronic care delivery in resource-poor settings », *Healthcare*, vol. 3, n° 4, pp. 215-20.

74. Doyle, C., L. Lennox et D. Bell (2013), « A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness », *BMJ Open*, vol. 3, pp. 118.
75. Jha, A.K., E.J. Orav, J. Zheng et A.M. Epstein (2008), « Patients' perception of hospital care in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 18, pp. 1921-31.
76. Glickman, S.W., W. Boulding, M. Manary, R. Staelin, M.T. Roe et R.J. Wolosin (2010), « Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction », *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, vol. 3, pp. 188-95.
77. Gilson, L., M. Alilio et K. Heggenhougen (1994), « Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 6, pp. 767-80.
78. Das, J., A. Holla, A. Mohpal et K. Muralidharan (2013), « Quality and accountability in healthcare delivery: audit-study evidence from primary care in India », *American Economic Review*, vol. 106, n° 12, pp. 3765-99.
79. Esterson, Y.B., M. Carey, J.D. Piette, N. Thomas et M. Hawkins (2014), « A systematic review of innovative diabetes care models in low-and middle-income countries (LMICs) », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 25, n° 1, pp. 72-93.
80. Klonoff, D.C. et D.M. Schwartz (2000), « An economic analysis of interventions for diabetes », *Diabetes Care*, vol. 23, n° 3, pp. 390-404.
81. Debussche, X., M. Balcou-Debussche, S. Besançon et S.A. Traore (2009), « Challenges to diabetes self-management in developing countries », *Diabetes Voice*, p. 54.
82. Oortwijn, W. et G.J. van der Wilt (2016), « Challenges in contemporary health technology assessment: a view from the outside », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 32, n° 12, pp. 1-2.
83. Kennedy-Martin, T. et al. (2014), « The health technology assessment environment in mainland China, Japan, South Korea, and Taiwan: implications for the evaluation of diabetes mellitus therapies », *Value in Health Regional Issues*, vol. 3, pp. 108-16.
84. Pettersson, B., M. Hoffmann, P. Wandell et L.A. Levin (2012), « Utilization and costs of lipid modifying therapies following health technology assessment for the new reimbursement scheme in Sweden », *Health Policy*, vol. 104, n°1, pp. 84-91.
85. Mohara, A., S. Youngkong, R.P. Velasco, P. Werayingyong, K. Pachanee et P. Prakongsai (2012), « Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand », *Journal of Comparative Effectiveness Research*, vol. 1, n° 2, pp. 137-46.
86. OMS (2015), *Implementation of the universal access with explicit guarantee (AUGE) reform: Chile case study*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
87. Kosherbayeva, L., D. Hailey, K. Kurakbaev, A. Tsoy, O. Zhuzzhanov et A. Donbay (2016), « Implementation of health technology assessment work in a hospital in Kazakhstan », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 32, n° 12, pp. 78-80.
88. O'Donnell, J.C., S.V. Pham, C.L. Pashos, D.W. Miller et M.D. Smith (2009), « Health technology assessment: lessons learned from around the world an overview », *Value in Health*, vol. 12, pp. S1-S5.



**Organisation Mondiale
de la Santé**

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Visitez notre site :
www.who.int/service-delivery-safety



Banque Mondiale

1818 H Street NW
Washington, DC 20433
États-Unis d'Amérique

Visitez notre site :
www.worldbank.org/health



**Organisation de Coopération
et de Développement
Économiques (OCDE)**

2, rue André Pascal
75775 Paris
France

Visitez notre site :
www.oecd.org/health

