L'ÉVALUATION ET L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

M. I. ROEMER

Emeritus Professor of Public Health
University of California at Los Angeles
Los Angeles, Californie
(Etats-Unis d'Amérique)

et

C. MONTOYA-AGUILAR

Division du Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé
Genève (Suisse)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1989

OMS, Publication Offset N° 105

ISBN 92 4 270105 X

© Organisation mondiale de la Santé, 1989

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux soient agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les vues exprimées dans cette publication n'engagent que leurs auteurs.

ISSN 0250-8605

IMPRIMÉ EN SUISSE

89/7987 – Populaires – 2500

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	1
1. Que veut-on dire par "qualité des soins de santé primaires" ?	3
Les deux niveaux de la notion de qualité	4
L'évaluation de la qualité du système de soins de santé dans son ensemble	5
La qualité en tant que caractéristique spécifique des ressources et des activités de soins de santé	10
Le but de l'évaluation	12
La qualité ou la quantité ?	13
La qualité et les soins de santé primaires	16
2. Les déterminants de la qualité des soins de santé primaires dans le système	17
Les éléments des soins de santé primaires	17
L'environnement du système de santé	18
L'infrastructure du système de santé	18
3. L'évaluation de la qualité des soins de santé primaires dans les pays en développement	23
L'évaluation - qui doit la faire, quand et où ?	23
Problèmes rencontrés	25
Principales approches à l'égard de l'évaluation de la qualité	26
Indicateurs de la qualité	35
Sources d'information	39
Evénements critiques et maladies repères	40
Fixation de normes	41

Pages

4. L'assurance de la qualité des soins de santé primaires 42

Que faut-il assurer ? 43
L'assurance de la qualité : pour qui, où et quand ? 44
Comment assurer la qualité 45
Manières d'appuyer l'assurance de la qualité 50

5. Les options pour l'action future 53

Références 58

Annexe 1. Bibliographie annotée 60

Annexe 2. Exemples d'indicateurs de la qualité des soins de santé primaires 65

INTRODUCTION

Le but que l'on se propose ici est de résumer de façon relativement succincte les principaux aspects d'une vaste question : celle de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des soins de santé primaires. La qualité des services de santé fait, depuis de longues années, l'objet de recherches, mais reste sujette à controverses. Pour certains, elle est impossible à appréhender et à définir. Pour d'autres, en revanche, elle est mesurable dans certaines de ses dimensions et insaisissable à d'autres égards.

Quoi qu'il en soit, l'abondante littérature qui s'est accumulée sur la qualité des soins de santé est presque exclusivement orientée vers les problèmes de médecine clinique et il y a eu relativement peu de travaux consacrés à l'évaluation des programmes de santé publique, en général, et des soins de santé primaires, en particulier, et moins encore d'efforts tentés pour évaluer la qualité de ces soins dans les pays en développement et chercher les moyens de maintenir cette qualité à un niveau élevé. On espère donc donner ici quelque idée de la façon d'aborder une tâche aussi importante.

La présente publication s'adresse à tous ceux qui s'intéressent aux services de santé dans les pays en développement, à leur planification, à leur enseignement, à leur administration, à leur fonctionnement et à leur évaluation. Ses auteurs espèrent, en particulier, que l'examen des buts de l'évaluation et de l'assurance de la qualité, et des méthodes à employer à cet effet, incitera tous les membres des professions de santé à explorer les nombreuses stratégies qui s'offrent à eux pour améliorer les soins de santé primaires.

On a largement puisé, pour cette analyse, dans les publications de l'OMS, de la Série "Santé pour tous", notamment :

le N° 4 - Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (1981),

le N° 6 - L'évaluation des programmes de santé (1981), et

le N° 8 - Septième programme général de travail, pour la période 1984-1989 (1982).

Les références et la bibliographie annotée de l'annexe 1 pourront aider le lecteur à se familiariser avec la situation actuelle en ce qui concerne la qualité et l'assurance de la qualité des soins de santé.

Les nombreux commentaires sur la première version de ce texte, formulés notamment par des membres de tableaux d'experts de l'OMS, nous ont confirmés dans l'opinion que la qualité était d'une importance cruciale pour les soins de santé primaires et que la présente publication pouvait répondre à un besoin et se révéler utile sur le plan de l'information, comme sur celui de la formation ou de la pratique. Nous tenons à dire ici notre vive gratitude à tous ceux dont la contribution a servi à établir le présent texte et dont les noms suivent : D. Banerji, F. Beske, J. Blanpain, H. Blum, P. Brudon-Jakobowicz, B. J. Cooper, R. Cook, H. Duran, H. Doron, A. Davis, C. Evans, N. H. Fisek, A. Fakhro, R. A. Gomaa, A. A. Ghazali, Hoang Dinh Cau, R. Henderson, D. H. Irvine, E. Kalimo, B. Kleczkowski, A. O. Lucas, S. Lwanga, E. Lauridsen, J. McCusker, D. Michaeli, S. N. Otoo, S. Plianbangchang, G. Ramanohisoa, J. Rohde, I. Russell, Z. A. Sebai, R. J. Sahl, M. Subramanian, R. Thapa, R. Vannugli, H. Vuori.

1. QUE VEUT-ON DIRE PAR "QUALITE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES" ?

Le terme "qualité" a plusieurs acceptions différentes, mais dans le contexte de notre étude, il désignera la valeur ou le degré d'excellence d'une chose ou d'une activité. En matière de soins de santé, la qualité est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies. L'application de ces normes est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités.

La notion de "qualité" des soins, de même que le principe de l'évaluation et de la garantie de cette qualité, sont essentiellement issus du monde de la médecine clinique. On a beaucoup écrit sur l'appréciation ou l'évaluation de la qualité des soins dispensés aux malades (1,2,3). La plupart des études toutefois ont été effectuées en milieu hospitalier, et presque toujours dans des pays industrialisés. L'attention s'est concentrée avant tout sur les soins aux patients chez qui des affections spécifiques avaient été diagnostiquées et les données rassemblées ont principalement concerné des problèmes de diagnostic ou de traitement assez étroitement circonscrits ou les résultats du traitement.

Mais lorsqu'il s'agit de programmes aussi vastes que les soins de santé primaires (4) à l'échelle d'un pays entier (et plus spécialement d'un pays en développement), le type d'informations à rechercher sur la qualité des soins doit forcément être tout à fait différent. Il est, en effet, rarement possible en ce cas d'obtenir des mesures aussi affinées que dans le cadre bien ordonné d'un service hospitalier. Les objectifs de l'évaluation de la qualité et les méthodes de mesure employées doivent donc être réalistes et il faut souvent se contenter d'estimations faites à partir d'observations relativement simples ou de dossiers plus ou moins bien tenus. Dans la plupart des pays en développement où les systèmes d'information laissent fréquemment à désirer, il n'est pas facile non plus d'opérer des mesures et de quantifier des phénomènes. En outre, le niveau de qualité auquel on peut s'attendre et les critères à appliquer restent encore modestes dans bien des régions. Aussi convient-il de faire preuve de prudence et de sélectivité avant d'émettre des conclusions, quelles qu'elles soient.

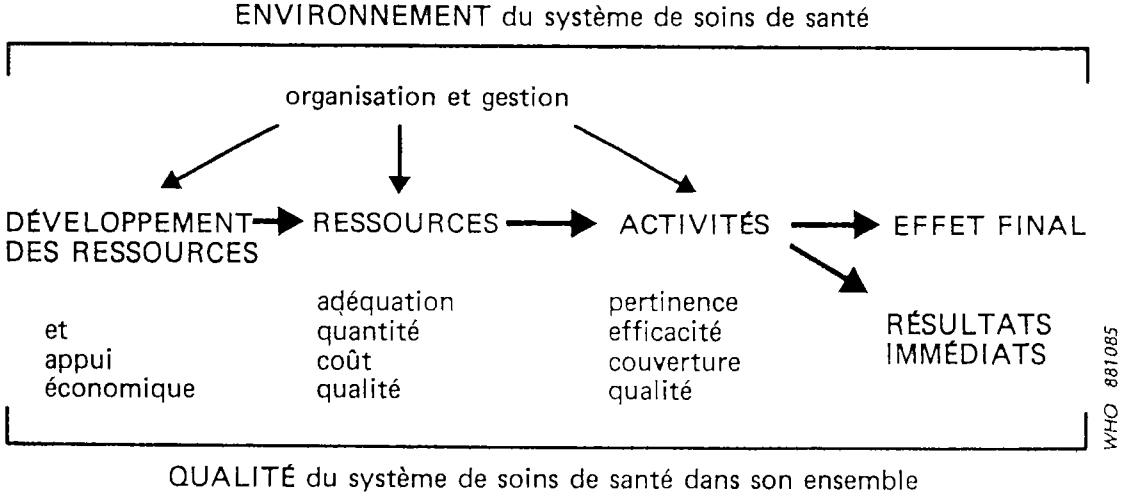
Les deux niveaux de la notion de qualité

La qualité, en tant que caractéristique des soins de santé, peut être considérée comme comportant deux niveaux. Sur un plan général, on peut parler de la qualité du système de santé dans son ensemble (5,6). Il s'agit alors d'un tout, englobant les ressources, les activités, la gestion et les résultats obtenus, la qualité étant ce qui distingue le système sous tous ses aspects et ce qui fait son mérite particulier (3).

A un niveau moins général, la qualité peut être considérée comme étant l'une des caractéristiques des ressources et des activités de santé. Il s'agit de savoir si celles-ci répondent vraiment à certaines normes préétablies. C'est ainsi que l'on peut dire qu'une série donnée de ressources se caractérise notamment par son type ou sa catégorie, sa quantité, son coût unitaire et sa qualité, et qu'une série donnée d'activités se distingue par le type, la quantité et l'efficacité de ces activités au regard des problèmes de santé visés, ainsi que par le degré de couverture de la population cible et la qualité des prestations. Dans cette perspective, les résultats ou les effets du système dépendront des caractéristiques des ressources et des activités, et notamment de leur qualité. La qualité et les autres caractéristiques des ressources et des activités dépendront, à leur tour, des fonds disponibles, du développement des ressources et de la planification, de l'organisation et de la gestion du système. Cette conception plus restreinte de la qualité permet de la considérer comme se composant d'une série de variables qui peuvent être aisément définies, mesurées, jaugées et améliorées. Elle se prête donc fort bien à des usages opérationnels.

Ces deux approches ne sont pas antagonistes et ne s'excluent pas l'une l'autre; il faut seulement bien préciser à quel niveau se situe le concept de la qualité dans chacun des cas. La figure 1 donne une idée des divers éléments en cause et de leurs interrelations.

Figure 1. La notion de qualité des soins en général et en particulier



L'évaluation de la qualité du système de soins de santé dans son ensemble

Il semble que l'appréciation de la qualité, au sens le plus général, ait été surtout fondée sur l'expérience acquise en médecine clinique. En fait, lorsque l'on veut évaluer la qualité des soins dispensés à un malade en particulier, il n'est que tout naturel de prendre en compte les résultats immédiats de ces soins et de se demander, par exemple, si ce malade a été guéri ou non. Et quand on veut juger de la qualité d'un hôpital, il est habituel aussi d'utiliser des chiffres qui donnent la mesure sommaire des résultats obtenus sur le plan individuel, comme le taux de guérisons et le taux de mortalité chez les malades.

Mais si ce que l'on veut, c'est se faire une idée de la qualité du système de santé dans son ensemble, tel qu'il dessert la population tout entière, les conséquences des soins dispensés à un individu ou la performance d'un établissement de soins doivent être considérées uniquement comme des résultats particuliers ou intermédiaires. Le plus important, pour la santé d'un pays ou d'un district, ce sont les changements enregistrés dans les taux de survie, de morbidité et d'incapacité et les progrès accomplis dans le développement physique et mental de la population entière, dont le mérite puisse être attribué aux

soins dispensés : c'est en cela que réside vraiment le "produit" final du système.[1]

Un exemple permettra peut-être de mieux montrer en quoi consiste le problème de l'évaluation générale du système de santé par rapport à la population d'un district, c'est-à-dire du point de vue de la santé publique. Cet exemple concerne la structure et les ressources disponibles, certaines activités de soins de santé primaires et les résultats correspondants dans une région peuplée de 50 000 habitants.

Structure et ressources. Il y a, dans la région, un centre et quatre postes de santé. Le centre dispose d'un médecin généraliste (servant de directeur des soins et dûment formé à cet effet) et d'une équipe de douze personnes; chacun des postes de santé a un effectif composé d'un agent de santé communautaire, d'une sage-femme qualifiée et de deux assistants. Il existe sur place un petit stock de médicaments, et des vaccins, dont l'efficacité est assurée par un entreposage correct, sont également disponibles.

Fonctionnement et activités. Dans le cours de l'année passée, le centre et les postes de santé ont assuré les services de santé maternelle et infantile suivants :

- Sur 1500 femmes enceintes (le taux de natalité étant de 30 pour 1000 habitants), 700 ont été suivies pendant leur grossesse (2100 examens prénatals ont été pratiqués, soit trois par future mère), alors que les 800 autres ont été vues surtout par des accoucheuses traditionnelles sans formation spéciale.

- Sur les 1500 accouchements, il y a eu 1450 enfants nés vivants et qui étaient encore en vie un mois plus tard. Plus de 1000 nourrissons ont été amenés au centre de santé ou à un poste où ils ont été examinés et où des conseils ont été donnés à leurs mères. On a enregistré en tout 2000 consultations et 900 bébés ont été complètement ou partiellement immunisés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (vaccin DTC).

---

[1] Comme on le verra plus loin, les résultats immédiats de certaines activités peuvent servir d'indicateurs de la qualité de ces activités, même si l'on applique la notion de qualité au sens le plus restreint.

- Sur les 700 futures mères vues en consultation prénatale, 600 ont été accouchées par les sages-femmes qualifiées et 200 d'entre elles ont accepté de recevoir des conseils en matière de contraception afin de planifier leurs grossesses ultérieures.

Résultat ou effet. Entre l'âge de un mois et de un an, 30 autres nourrissons sont morts. Sur les 50 enfants qui n'ont pas atteint l'âge de un mois, 40 étaient nés vivants et 10 étaient mort-nés. Avant la fin de l'année, sur les 1490 enfants nés vivants, 70 avaient succombé, ce qui donne, pour le district, un taux de mortalité infantile de 47 pour 1000 naissances vivantes.

- Ce taux de mortalité infantile peut être comparé à celui d'autres districts ou à celui du même district à une époque antérieure. Dans les limites du district, il peut être calculé séparément pour les mères a) qui bénéficient d'une surveillance prénatale ou non et b) qui sont accouchées par des sages-femmes qualifiées ou par des accoucheuses traditionnelles. Il n'est cependant pas toujours facile d'effectuer ces calculs et ces analyses.

Cet exemple permet peut-être de mieux comprendre le modèle classique "structure, processus, résultat" lorsqu'il est appliqué à l'expérience de santé d'une population.

La disponibilité et la qualité des ressources matérielles et humaines (qui constituent la "structure") sont relativement faciles à mesurer. De ce qui précède, on pourrait déduire que le personnel des divers services de santé dessert les 50 000 habitants du district. D'après le programme officiel du ministère de la santé, il y aurait à la disposition de la population un médecin assisté de 28 personnes (si l'on excepte les guérisseurs traditionnels, les pharmacies privées et les autres ressources éventuellement disponibles). Le taux serait donc de 2 médecins et 56 autres membres des professions de santé pour 100 000 habitants. Dans toute appréciation de la qualité, il faut naturellement tenir compte de la quantité de personnel, telle que l'expriment ces indicateurs. Mais l'on ne peut juger de l'adéquation des effectifs ou des moyens qu'en fonction des normes choisies. De plus, toute évaluation de la qualité des ressources demande que l'on se pose un certain nombre d'autres questions, à savoir :

Le personnel a-t-il été convenablement préparé à ses tâches ? Utilise-t-il des techniques appropriées ? Dispose-t-il du matériel indispensable (tensiomètre, etc.) ? Des cours de formation en cours d'emploi sont-ils régulièrement organisés ?

Il est un peu plus difficile de mesurer les services rendus, mais ce type d'information est sans nul doute plus significatif, car il nous donne une idée plus précise de ce qui se passe réellement au niveau de la population. Pour la collecte des données, il faut disposer de systèmes d'enregistrement et de déclaration. Les rencontres entre le personnel de santé et la population doivent être fidèlement et systématiquement notées. L'interprétation des données n'en restera pas moins fonction des normes de qualité. Dans le cas des 1500 futures mères, 700 seulement - soit 47 % - avaient bénéficié d'une surveillance prénatale et le nombre des consultations n'avait pas dépassé la moyenne de trois par femme - un peu plus pour certaines et un peu moins pour d'autres. La fréquence de ces services est-elle satisfaisante ? On pourrait la comparer avec la fréquence dans un autre district ou dans le même district, mais au cours d'une autre année. La teneur et la valeur de chacune des consultations prénatales restent incertaines. Pour mieux évaluer les services, il faudrait plus que le simple décompte des consultations; il faudrait aussi pouvoir évaluer le contenu de ces consultations et savoir, par exemple, si des conseils ont été donnés, si des examens ont été pratiqués (prise de tension, analyse d'urine, etc.). Lorsque les dossiers médicaux mentionnent les actes exécutés, il est possible d'effectuer un véritable "audit" médical. Il faut toutefois se demander alors si les divers actes ont bien été pratiqués avec tout le soin voulu.

La mesure des effets ou des résultats, telle qu'elle ressort de l'évolution des taux de mortalité, par exemple, est généralement plus malaisée encore et moins fréquemment pratiquée. Pour calculer le taux de mortalité infantile, il faut rassembler des informations précises sur l'ensemble des naissances et des décès de nourrissons (enfants de moins de un an) dans le district. Or on sait fort bien que, dans beaucoup de pays en développement, ce genre d'événement n'est pas toujours déclaré, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants nés vivants, mais qui décèdent après avoir vu le jour. Il arrive que la naissance soit déclarée et pas la mort, ou inversement. Si l'on compare le taux de mortalité infantile avec celui d'un autre district ou du même district, mais pour une autre année, il est

possible aussi que les données induisent en erreur dans un sens ou dans un autre. En plus des taux de mortalité, il serait très utile, pour l'évaluation des soins dans les pays en développement, de pouvoir disposer de moyens simples et pratiques de mesurer l'état de santé des populations.

A supposer même que les taux de mortalité infantile soient exacts, il faut faire face à d'autres problèmes dans l'interprétation des résultats. Ceux-ci peuvent, en effet, être lents à apparaître et ce retard fait obstacle à l'évaluation des interventions. Comment, par ailleurs, être sûr que les changements survenus en matière de santé soient vraiment attribuables au programme ? Il se peut qu'ils résultent de l'amélioration des conditions atmosphériques ou du redressement de la situation économique, ce qui permet à la population de mieux s'alimenter. Le gain enregistré peut aussi être dû à un progrès dans les conditions d'environnement, à un meilleur approvisionnement en eau, par exemple. Il existe des moyens de prendre en compte et de "contrôler" ce type de variables additionnelles ou parasites, mais ils exigent d'ordinaire de multiples observations, des techniques statistiques complexes et davantage d'argent dépensé en travaux de recherche. En matière d'évaluation, les conclusions sont plus fiables si des faits enregistrés par des observateurs différents en des lieux différents viennent les confirmer.

Les conclusions au sujet des effets d'un service de santé, dans des conditions mal définies, peuvent parfois également être corroborées par des "preuves indirectes";[1] l'évolution dans le temps de l'effet et celle de l'intervention peuvent être parallèles, l'effet peut être observé sur les lieux de l'intervention mais pas ailleurs, l'importance de l'effet peut être proportionnelle à l'ampleur de l'intervention, l'effet peut persister alors que d'autres causes possibles se trouvent éliminées sur le terrain ou statistiquement, ou bien encore les relations observées peuvent sembler logiques. A défaut de preuve absolue de l'efficacité des soins, il se peut donc que l'on dispose de suffisamment de données de base pour prendre une décision concrète.

La mesure du degré de satisfaction des patients peut permettre d'apprécier les résultats sous un autre angle; on peut, en effet, penser

---

[1] National assessments of health care coverage and of its effectiveness and efficiency: report and main lessons of a WHO collaborative study. Document OMS non publié SHS/83.7.

qu'elle reflète la qualité des prestations, même si ce n'est que de manière approximative. D'une façon générale, il faut arriver à savoir si un service donné répond bien au besoin ressenti par la communauté.

La qualité en tant que caractéristique spécifique des ressources et des activités de soins de santé

Comme il a déjà été dit plus haut, la notion de qualité, au sens le plus restreint, n'exclut pas la mesure des autres composantes et dimensions du système de santé. Bien au contraire, elle facilite la définition concrète de chacune d'elles et aide à clarifier les relations de cause à effet à l'intérieur du système (Fig. 1). On pourrait dire que, dans le contexte d'une population entière, la résultante est trop importante pour pouvoir être ramenée à la simple notion de la qualité.

Parce qu'elle est pratique, c'est la notion de qualité la plus simple qui sera surtout utilisée dans les pages qui vont suivre. Le résultat sera considéré comme la pierre de touche, plutôt que comme la composante de la qualité.

Que recouvre donc cette définition plus spécifique de la qualité ?

Sur le plan des ressources, la qualité peut être assimilée simplement à la capacité à assurer de manière fiable les services programmés. Elle est alors reflétée, par exemple, dans la formation, le savoir-faire, les connaissances, les attitudes et le comportement du personnel, dans le degré de propreté et de sécurité des installations et dans l'adéquation de l'équipement et des fournitures.

S'agissant des activités, le concept de qualité est d'habitude associé à la notion d'excellence technique, c'est-à-dire à la mesure dans laquelle les activités entreprises satisfont aux impératifs techniques d'efficacité et de sécurité. Mais il devrait également être considéré comme incluant d'autres aspects ou d'autres "qualités", comme les dimensions humaines de l'acceptabilité personnelle, sociale et culturelle et le respect des normes éthiques. Les activités devraient être exécutées de manière à tenir compte des besoins essentiels de soins, physiques et psychologiques, et comporter des aspects préventifs et curatifs ainsi qu'un élément d'éducation. L'équilibre entre les divers niveaux de

complexité des soins offerts aux individus, à leurs familles et à la communauté est aussi un aspect de la qualité, tout comme le fait d'assurer ces soins à tous de manière fiable et continue.

L'exemple utilisé pour illustrer l'interprétation la plus large du concept de qualité concerne un élément particulier des soins de santé primaires : un programme de santé maternelle et infantile. Dans ce cas, l'information requise pourrait être tirée essentiellement des statistiques courantes. D'autres sortes d'interventions peuvent exiger des types très différents de données. Il arrive que l'évaluation de la qualité demande l'observation personnelle directe de la performance. Parfois aussi, il est nécessaire d'étudier en détail les dossiers afin d'arriver à savoir exactement ce que le personnel a fait - à supposer, bien sûr, que les données aient été fidèlement enregistrées. Il se peut qu'il faille juger de l'opportunité des examens médicaux et des épreuves de laboratoire spéciales demandés, de leurs résultats et de l'usage qui en a été fait. Pareille évaluation de la qualité des activités est désignée sous le nom d'"audit médical". Une enquête menée auprès des patients desservis par une unité ou un programme peut également fournir des éléments d'appréciation de ces aspects de la qualité des activités, de la courtoisie du personnel ou de la clarté des explications données.

Un certain nombre de résultats immédiats des activités peuvent être utilisés - avec les précautions qui s'imposent - en tant qu'indicateurs de la qualité. Citons, par exemple, l'exactitude des diagnostics posés, le pourcentage de malades guéris, le taux de survie à l'hôpital et le pourcentage des complications chez les accouchées ou les opérés. Dans un programme d'éducation pour la santé, les activités devraient pouvoir déboucher, dans l'immédiat, sur une amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques dans les groupes visés. A condition qu'il soit possible de le mesurer, le degré de satisfaction individuelle ou collective qu'inspirent les soins reçus pourrait aussi être considéré comme un indicateur de la qualité des activités mises en oeuvre. On l'a déjà vu plus haut, les "résultats immédiats" ne suffisent pas à donner une idée de la "performance" générale du système, notamment en ce qui concerne l'objectif visé, lequel est d'améliorer l'état de santé de la population tout entière. Une augmentation des taux de survie hospitaliers, qui peut ou non être un indicateur positif de la qualité des soins dispensés à l'hôpital, peut coexister avec une détérioration du taux global de

mortalité ou d'autres indicateurs importants de l'état de santé de la communauté.

Il a également été dit plus haut que l'interprétation des données reflétant les attitudes adoptées à l'égard de l'évaluation réclamait d'ordinaire l'existence préalable de normes. Celles-ci peuvent rarement être absolues et doivent être formulées en fonction des conditions qui prévalent dans le pays. Elles sont habituellement fixées par les responsables nationaux de la santé, compte tenu des conditions historiques et des capacités du moment. Elles sont souvent l'expression du consensus auquel a abouti un groupe d'experts nationaux en employant, par exemple, la méthode Delphi.[1] Avec le temps naturellement, les normes évoluent, de sorte qu'elles doivent être périodiquement reformulées (ce problème des normes va être repris plus loin dans les chapitres 3 et 4).

Le but de l'évaluation

Le but ultime de l'évaluation de la qualité des services de soins, ou de tout autre type de service public, est d'améliorer le résultat final ou l'efficacité du programme. Cette évaluation fera apparaître non seulement les réalisations du programme par rapport aux normes adoptées ou à d'autres programmes équivalents, mais éventuellement aussi le ou les points sur lesquels des difficultés sont apparues. Les efforts peuvent alors se concentrer sur les maillons les plus faibles de la chaîne. Même s'il s'avère impossible de discerner de tels points, l'effort entrepris peut être générateur d'améliorations. L'assurance de la qualité et l'évaluation de la qualité sont donc indissociables; c'est uniquement dans un souci de clarté qu'elles seront traitées ici séparément. Rien ne sert, en effet, d'entreprendre d'évaluer les prestations si l'assurance de la qualité ne fait pas en même temps partie inhérente du programme.

---

[1] La méthode Delphi est une méthode d'appréciation ou de prévision technologique ou sociale. Pour commencer, des questions sur le sujet à étudier sont posées séparément à un certain nombre d'experts. Chacun d'eux se voit alors communiquer les réponses données par ses collègues et peut, dans un deuxième temps, modifier son appréciation initiale au vu de l'argumentation et de l'information nouvelles ainsi portées à sa connaissance. Cette méthode permet finalement à un consensus de se manifester ou, tout au moins, à une opinion dominante de se dégager.

La qualité ou la quantité ?

La difficulté que l'on éprouve à comprendre en quoi consiste l'évaluation de la qualité et comment l'exécuter est, en réalité, pour une bonne part d'origine sémantique. Si la qualité est ce qui fait le mérite d'un objet, peut-on, par exemple, la considérer comme étant l'opposé de la quantité ?

En fait, s'agissant de soins de santé primaires, il ne faudrait pas opposer la qualité à la quantité. La qualité n'est pas quelque chose de distinct de la couverture réalisée ni de l'accessibilité ou de l'utilisation des services. Ces attributs des services de santé sont, en réalité, des éléments essentiels de leur qualité. Si la population d'une région n'est pas couverte par les soins de santé primaires ou si les services ne sont pas accessibles à cette population, il est évident que la qualité n'est pas mesurable et qu'elle doit être considérée comme égale à zéro.

En dernière analyse, la qualité elle-même doit être quantifiée, bien qu'elle ne puisse – on l'a déjà vu plus haut – être évaluée que par comparaison avec quelque chose d'autre, comme les soins dispensés dans un autre endroit ou à une autre époque, ou par rapport à une norme bien précise.

Les normes pour l'évaluation de la qualité des soins de santé concernent généralement certains attributs ou certaines caractéristiques qui sont quantifiés ou définis par leur présence ou leur absence. Ces caractéristiques sont parfois désignées sous le nom d'indicateurs. C'est ainsi, par exemple, que le pourcentage des échantillons d'eau de boisson jugés sans danger, par rapport à l'ensemble des prélèvements opérés en un lieu donné, est un indicateur. Dans un pays, la norme de qualité spécifiée par les autorités compétentes pour cet indicateur peut être fixée à 50 %, tandis qu'à un autre moment ou dans un autre endroit, elle peut aller jusqu'à 80 %.

Des indicateurs peuvent être identifiés et des normes spécifiées pour chacun des éléments des soins de santé primaires évoqués ci-après, ainsi que pour les divers éléments du système de santé nécessaires à la prestation des soins de santé primaires. Dans le domaine des soins de

santé maternelle et infantile, le pourcentage des femmes enceintes qui bénéficient d'une surveillance prénatale d'un certain niveau est un indicateur commun. Il peut y avoir de grandes variations dans les normes de qualité raisonnables selon les ressources dont disposent les pays, leur richesse et les politiques qu'ils ont adoptées en matière de gestion à un moment précis. En ce qui concerne, par exemple, la diarrhée endémique dans une certaine région, l'indicateur peut concerner l'emploi de la thérapie de réhydratation orale, et la norme de qualité pourrait se situer en un point quelconque d'une série de pourcentages.

Les normes devraient être changées de temps en temps, habituellement dans le sens de la hausse. A certaines époques et en certains endroits, elles peuvent, par conséquent, être considérées comme des buts vers lesquels devraient tendre les efforts du pays ou du district. Avec ou sans norme de qualité (six visites prénatales par femme enceinte, par exemple), on peut faire la comparaison, comme il a été dit plus haut, entre deux points différents dans le temps. C'est ce que l'on fait souvent avant d'introduire certaines innovations. Il est possible aussi de faire la comparaison entre deux programmes situés en des endroits différents, mais qui sont "comparables" ou analogues à d'autres égards. Et des évaluations plus convaincantes encore peuvent être faites à travers le temps et l'espace (7).[1] En même temps, ces comparaisons peuvent fournir quelque indication de la valeur des normes elles-mêmes. Procéder à de telles comparaisons, ou même donner une description claire et objective de la situation dans un système de santé, revient, en fait, à entreprendre un certain type de recherches sur ce système.

Au sujet de la qualité et de l'équité dans les prestations, on dit parfois de certains pays qu'ils offrent des soins médicaux de "très haute qualité" à certains de leurs citoyens, tandis que beaucoup d'autres n'ont accès qu'à des soins de qualité inférieure. D'autres pays, eux, assurent à l'ensemble de leur population des soins de qualité modeste et se voient alors taxés de "médiocrité". Ce contraste montre bien la relation intime qui existe entre la qualité et la quantité et peut être illustré comme suit :

---

[1] National assessments of health care coverage and of its effectiveness and efficiency: report and main lessons of a WHO collaborative study. Document OMS non publié SHS/83.7.

Pays	Groupes	Pourcentage de la population p	Qualité	
			Note attribuée au niveau du groupe[a] q	Note attribuée au niveau national p x q/100
A (différences de qualité)	X Y Total	25 75 100	70 30	17,50 22,50 40,00
B (qualité uniforme)	Total	100	50	50,00

[a] Maximum : 100.

Dans le pays B, bien que la moyenne des notes attribuées pour la qualité des soins soit modeste (50), la note attribuée au niveau national est plus élevée que dans le pays A où la note finale ne dépasse pas 40. Les facteurs qui déterminent la notation, dans cet exemple, peuvent être fort divers : techniques de prévention, services de diagnostic, médicaments, mesures touchant l'environnement, modalités de traitement, etc. Il est donc évident qu'il faut considérer la qualité par rapport au nombre et au pourcentage de la population affectée, c'est-à-dire prendre en compte la notion d'équité ou le principe de la "santé pour tous".

Lorsque l'on interprète les notes attribuées à la qualité, il est d'une importance cruciale de garder présents à l'esprit les aspects de la qualité qui sont la condition sine qua non de l'efficacité des soins. Dans le cas de la vaccination par exemple, une qualité estimée à 50 % en attribuant des notes positives pour la formation des vaccinateurs, la stérilisation des seringues et le choix avisé des populations à vacciner devrait, en réalité, être ramenée à zéro si les vaccins ne sont pas suffisamment puissants pour immuniser les sujets vaccinés.

La qualité et les soins de santé primaires

Le fait même que les soins de santé primaires supposent la prestation de nombreux services que d'aucuns pourraient juger "ordinaires" rend plus importantes encore l'évaluation et l'assurance de la qualité. Il n'est que trop facile de partir du principe qu'ayant moins besoin de faire appel à des technologies avancées, les soins de santé primaires ont également moins besoin de normes de qualité. Bien au contraire, la simplicité même de nombreuses activités de soins de santé primaires les rend plus sujettes à une exécution défectueuse et, pour assurer leur bon déroulement, diverses précautions doivent être prises (voir chapitre 4). Par exemple, les femmes qui autrefois accouchaient chez elles sont maintenant encouragées à se rendre dans des centres ruraux de maternité; mais ceux-ci peuvent facilement devenir des foyers d'infection s'ils ne sont pas convenablement approvisionnés en eau et s'ils ne peuvent pas offrir des lits individuels d'une propreté satisfaisante. Le haut niveau de qualité technologique atteint par certains programmes verticaux devrait être préservé lorsque les activités de ces programmes se trouvent intégrées à des systèmes de santé locaux complets.

Enfin les problèmes spéciaux que soulève la définition de la qualité des soins de santé primaires, notamment à la périphérie du système de santé, ne devraient jamais amener à considérer ce type de soins comme accessoires ou de "deuxième catégorie". La manière de les dispenser peut être fonction de paramètres très divers — personnel, installations, organisation, financement — mais leur valeur dépend de la mesure dans laquelle ils correspondent aux normes fixées et de leur effet final. En l'absence de tels soins de première ligne, à la fois sûrs et efficaces, il est vraisemblable qu'au deuxième et au troisième niveau, les soins se montreront inefficients, et peut-être même inefficaces. Le court-circuitage des moyens offerts à la périphérie est l'une des conséquences inévitables de la faiblesse de la qualité. Mais, de leur côté, les soins médicaux qui font appel à des technologies de pointe ne sont pas forcément de haute qualité. Ils peuvent être inappropriés et même inutiles ou dangereux. Eux aussi devraient répondre à des normes raisonnables. De plus, il ne suffit pas que les hôpitaux universitaires offrent des prestations de qualité; toutes les régions du pays doivent pouvoir également bénéficier de soins de qualité.

Ainsi les soins de santé primaires de qualité doivent présenter toute une série de caractéristiques qui contribuent à la définition des conditions de mise en oeuvre des politiques et des plans orientés vers la réalisation de l'objectif de la "santé pour tous".

2. LES DETERMINANTS DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE SYSTEME

Les éléments des soins de santé primaires

Avant d'examiner de plus près le problème de l'évaluation et de l'assurance de la qualité des soins de santé primaires, il nous faut bien préciser ce qu'exigent ces soins. Les services de santé infantile et pédiatrique, déjà évoqués plus haut, sont l'un des éléments de ces soins. Selon le rapport de la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (4), huit éléments doivent être considérés comme essentiels :

1. l'éducation concernant les principaux problèmes de santé qui se posent et les méthodes de prévention et de lutte à leur appliquer;

2. la promotion de bonnes conditions d'alimentation et de nutrition;

3. un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base;

4. la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale;

5. la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;

6. la prévention et le contrôle des endémies locales;

7. le traitement approprié des maladies et lésions courantes; et

8. la fourniture de médicaments essentiels.

Il est évident que, si tous ces éléments sont simultanément présents dans un programme global, cela peut créer le risque que certains d'entre eux ne reçoivent qu'une attention superficielle; l'évaluation et l'assurance de la qualité n'en sont donc que plus indispensables.

La capacité à assurer des services de soins de santé primaires de haute qualité et à mettre en oeuvre la stratégie des soins de santé primaires repose sur une infrastructure complexe. En outre, une série de facteurs inhérents à l'environnement du système influencent à la fois la nature des problèmes de santé que connaît la population et les caractéristiques de cette infrastructure.

Ces deux groupes de déterminants vont être rapidement passés en revue ci-après, car il faut en tenir compte dans l'évaluation comme dans l'assurance de la qualité.

L'environnement du système de santé

La situation sociale, économique, politique et culturelle d'un pays ou d'un district et ses tendances, ainsi que les facteurs correspondants au niveau international, influencent les objectifs politiques et l'infrastructure du système de santé. La nature de telles influences est extrêmement variable et interactive. C'est ainsi, par exemple, que la faiblesse du produit national brut (PNB) limite les possibilités de financement des soins; des facteurs d'ordre politique et social peuvent toutefois déterminer le pourcentage du PNB assigné à la santé et l'efficacité avec laquelle les ressources sont organisées et exploitées, de manière notamment à assurer la couverture la plus large possible avec des services de la plus haute qualité possible. Le rôle que jouent les autres secteurs qui influent sur la santé est, lui aussi, variable; le développement agricole qui devrait être bénéfique, de par sa nature même, peut, par exemple, s'avérer parfois nocif.

L'infrastructure du système de santé

Quel que soit le pays, l'infrastructure du système de santé dépasse les compétences du seul Ministère de la Santé, lequel peut, en fait, ne pas jouer le plus grand rôle dans la fourniture ou la prestation finale des services. On peut distinguer dans cette infrastructure cinq grands volets (5,6) :

- les ressources et leur production,

- l'organisation,

- le soutien économique,

- la gestion,

- les prestations proprement dites.

Tous ces éléments sont nécessaires pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Toute modification apportée à l'un d'eux affecte inévitablement tous les autres. Il importe aussi de bien se rendre compte que ces cinq éléments peuvent être étudiés et évalués à n'importe quel niveau du système – local, intermédiaire ou central – et qu'ils sont tous interconnectés. Les résultats d'une évaluation de la performance à l'échelon local peuvent, en définitive, dépendre des circonstances qui prévalent au niveau intermédiaire ou central.

Il peut être intéressant de noter que la qualité des soins fait partie inhérente de deux de ces composantes : les ressources et leur production, ainsi que la prestation des services. Les trois autres composantes, c'est-à-dire l'organisation, le soutien économique et la gestion, jouent un rôle essentiel dans la détermination de la qualité. Leur influence substantielle dans ce domaine échappe parfois néanmoins à l'attention. Mais elles devraient, elles aussi, être appuyées par les mesures nécessaires sur le plan législatif et politique.

L'existence et la production des ressources nécessaires sont, de toute évidence, la condition fondamentale de la prestation des soins de santé primaires. Tout système de santé comporte quatre types de ressources : le personnel, les locaux, les fournitures (y compris les médicaments) et les connaissances ou leur application à la technologie. On peut donner des exemples simples de chacun d'eux. Le personnel se compose de diverses catégories qui toutes doivent être préparées à assurer des soins de santé primaires. Les locaux comprennent notamment les centres de santé, les antennes ou postes de santé, les hôpitaux avec leurs installations et leurs véhicules, qui doivent contribuer à la délivrance de soins du niveau désiré. Parmi les fournitures figurent les équipements

et les médicaments simples qui doivent être fabriqués et distribués. Les connaissances et la technologie associée supposent l'existence de la base scientifique sur laquelle reposent des interventions appropriées. L'évaluation et le choix de la technologie appropriée ont une importance cruciale pour la qualité des soins de santé primaires.

L'organisation des ressources en programmes est nécessaire pour la fourniture de services de santé d'une qualité convenable. Dans les pays en développement, l'organisation d'un ministère de la santé ou de quelque autre autorité nationale équivalente, qui ait compétence en matière de santé, revêt une importance particulière, de même que la mise en place d'une organisation correspondante au niveau des régions ou des districts. D'autres organismes publics, comme des instituts de sécurité sociale, peuvent aussi assumer la responsabilité de la santé de certaines populations ou de certains éléments des soins de santé primaires; c'est le cas notamment de l'hygiène de l'environnement qui relève du ministère des travaux publics. Des établissements d'enseignement peuvent participer à la prestation des services, de même qu'à la formation du personnel. Des organisations sans but lucratif peuvent apporter une assistance aux enfants handicapés, par exemple, et des entreprises industrielles peuvent, de leur côté, offrir à leurs employés des soins préventifs et curatifs sur les lieux de travail. Enfin, il existe dans tous les pays un secteur privé dans lequel des praticiens indépendants — modernes ou traditionnels — soignent ceux qui veulent et peuvent payer personnellement le coût de ces soins. L'importance relative de ces divers types d'organisation et l'équilibre qui existe entre eux influent inévitablement sur la qualité des soins dispensés.

Le soutien économique est indispensable au système de santé. Le financement des organismes d'Etat est essentiellement assuré par le produit des recettes fiscales, mais il y a aussi, dans de nombreux pays, des programmes qui reposent sur des systèmes d'assurance sociale ou de sécurité sociale dont les revenus sont distincts du trésor public. Des donations charitables et des travailleurs bénévoles peuvent apporter un soutien économique. Les entreprises agricoles ou industrielles peuvent puiser dans leurs propres fonds pour contribuer à l'octroi de services de santé à leur personnel. Des associations de familles peuvent appuyer un programme de santé collectif (assurance volontaire). Le secteur privé fonctionne grâce à l'argent des individus et des familles; la quantité de

soins achetée, alors que l'offre fluctue, la demande et la concurrence varient selon l'aisance de la famille et le prix du service. De grandes déficiences dans la qualité des soins de santé primaires peuvent résulter d'une insuffisance générale dans la quantité de ces diverses ressources économiques ou du déséquilibre dans leur répartition, ou des deux à la fois (8).

Une gestion appropriée doit appuyer l'ensemble de l'infrastructure du système de santé. Il y a diverses manières de concevoir la gestion; dans la présente étude, nous considérerons qu'elle inclut la planification, l'administration, la réglementation et l'évaluation. La planification des soins de santé communautaires doit naturellement faire partie de la planification de tout système de santé; il n'est, en effet, que trop fréquent de voir les soins secondaires et tertiaires accaparer l'attention. L'administration et la réglementation sont, en un sens, le revers de la médaille de la planification. La réglementation suppose les nombreuses actions de surveillance nécessaires pour assurer la bonne réalisation des plans. Ceux-ci peuvent, par exemple, prévoir que les jeunes médecins effectueront une période de service en région rurale afin de soigner les populations de ces régions sous-desservies (et de parfaire leur propre formation); et l'application de cette mesure peut exiger l'adoption d'une réglementation nouvelle et l'organisation d'inspections. L'évaluation est, elle aussi, liée à la planification et à la réglementation; elle a pour but de déterminer dans quelle mesure les plans sont convenablement exécutés et quels sont les éléments du programme qui appellent certaines améliorations.

Le terme "administration" est employé parfois comme s'il était synonyme de gestion, mais dans le présent contexte, il sera considéré comme désignant l'aspect de la gestion qui concerne les relations nécessaires entre les diverses parties d'un programme pour que le tout fonctionne harmonieusement. L'administration comprend la direction des opérations et la supervision, ainsi que la communication et la coordination; elle comporte inévitablement des activités de direction du personnel, d'administration financière et de comptabilité; elle englobe la logistique requise pour le bon fonctionnement de l'approvisionnement et l'entretien régulier des locaux et des équipements; et elle exige la circulation ordonnée de l'information.

Tous ces processus sont importants pour le fonctionnement des soins de santé primaires et, dans les systèmes de santé modernes, il est deux approches à l'égard de la gestion qui réclament une attention particulière. La première est celle de la participation communautaire ou de la contribution des populations locales à la supervision et à l'exécution du programme, laquelle peut revêtir diverses formes : administration locale élue, conseil de développement, comités de santé, réunions publiques, etc. La deuxième est la collaboration intersectorielle ou le maintien d'une communication productive entre le personnel de santé et le personnel d'autres secteurs (éducation, agriculture, logement, transports, etc.) afin d'aider à faire en sorte que les questions de santé soient sérieusement prises en considération lors de l'élaboration des politiques de nombreux autres secteurs influents dans la société. Dans bien des pays, c'est ce qui se passe dans le domaine de l'industrie, de l'éducation publique et de la science et de la technologie qui est, avant tout, déterminant pour la mise en place d'un système national de santé efficace. La participation communautaire et certains aspects de la collaboration intersectorielle (avec le secteur de l'éducation, par exemple) méritent d'être étudiés en priorité parmi les normes de qualité pour les activités de soins de santé primaires dans le contexte de la stratégie de la santé pour tous.

La prestation des services est le dernier maillon de la chaîne des composantes de l'infrastructure d'un système de santé. C'est aussi le principal objet d'examen et d'analyse en ce qui concerne la qualité des soins de santé primaires. Il faudrait, dans cette analyse, tenir compte de la mesure dans laquelle une autoprise en charge judicieuse et l'adoption de modes de vie sains sont encouragées.

Les services préventifs et curatifs du premier niveau sont organisés dans chaque pays ou dans chaque subdivision d'un pays en fonction des politiques qui prévalent dans l'ensemble du système. Dans certains pays qui ont déjà atteint un niveau élevé d'organisation, presque tous les services essentiels sont assurés dans des centres ou des postes de santé par un personnel employé par l'Etat et travaillant en équipes. Ailleurs, des médecins praticiens libéraux ou autres, qui sont rémunérés de diverses façons, assurent la plus grande partie des soins. Dans un même pays, différents groupes de personnes peuvent recevoir des soins primaires par des méthodes différentes. Les soins de niveau secondaire et tertiaire,

assurés surtout dans les hôpitaux, sont nécessaires pour appuyer les activités de santé menées au sein de la communauté ou dans des services périphériques. Ces services plus sophistiqués peuvent aussi être assurés selon des modalités différentes dépendant des politiques adoptées dans le cadre du système. L'organisation du personnel médical et le mode de travail d'un hôpital public diffèrent généralement de ceux d'un hôpital privé. Ces diverses façons d'assurer les soins ont des répercussions, directes et indirectes, sur la qualité des soins. Le travail d'équipe accompli par divers types de personnel, par exemple, contribue généralement à assurer et maintenir la qualité des soins. Les conditions dans lesquelles les soins sont dispensés affectent aussi l'acceptabilité des services de santé pour les patients.

3. L'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Comme on l'a déjà vu plus haut, l'évaluation de la qualité a principalement pour but d'améliorer les programmes. Ou, pour être plus précis, elle cherche à identifier les points faibles des programmes, ceux qui appellent un effort supplémentaire. En outre, le processus de l'évaluation n'est pas sans présenter, en lui-même, certains avantages. Le personnel employé à un programme devrait participer, dans une certaine mesure, à l'évaluation de ce programme et cette expérience ne peut manquer de lui faire mieux apprécier les facteurs qui contribuent à la qualité. Pendant quelques années, des évaluations de la qualité ont été effectuées dans les pays industrialisés, en milieu hospitalier surtout, mais dans les pays en développement, ce sont les déficiences d'ordre quantitatif qui ont surtout retenu l'attention et l'évaluation de la qualité n'a reçu qu'un faible rang de priorité. Aussi l'évaluation et l'assurance de la qualité sont-elles des enjeux relativement nouveaux dans les pays en développement.

L'évaluation - qui doit la faire, quand et où ?

Quand faut-il procéder à une évaluation de la qualité ? Sûrement pas dès les premiers jours de la mise à exécution d'un programme, bien que l'on puisse, d'ores et déjà, décider de la méthode à suivre. Il est raisonnable de n'évaluer la qualité d'un programme de soins de santé

primaires que lorsque les choses sont suffisamment avancées, lorsque tous les postes, ou presque, ont été pourvus et lorsque les services sont assurés de façon plus ou moins régulière. Si une crise quelconque se manifeste sur le plan administratif ou technique, l'évaluation devra être différée jusqu'à ce que cette crise ait été résolue. Dans le domaine des soins de santé primaires, la couverture de la population est essentielle et, si l'on atteint le point où la population d'un certain district semble assez bien couverte, le moment est venu de procéder à une évaluation de la qualité des services.

Aucune évaluation transversale ne peut donner des résultats dont l'intérêt perdure indéfiniment : une fois entreprises, l'évaluation et l'assurance de la qualité doivent, en permanence, faire partie intégrante des services et de leur gestion et la situation devrait faire périodiquement l'objet d'un examen en bonne et due forme. Il n'est pas indispensable que cet examen ait lieu à intervalles réguliers, mais il faudrait l'entreprendre chaque fois qu'une innovation de quelque importance a été introduite dans le système. Dans une certaine mesure, l'évaluation initiale sert de point de repère pour les évaluations ultérieures de la qualité. Avant de se lancer en un endroit quelconque dans une forme nouvelle de programme de soins de santé primaires, il vaut la peine de procéder à une analyse générale de la situation en y incorporant un certain nombre d'indicateurs de la qualité. Cela aidera à déterminer le niveau à partir duquel mesurer les progrès accomplis.

Qui doit diriger l'évaluation officielle de la qualité ? Il faut naturellement que la personne soit techniquement qualifiée pour ce travail; mais faut-il aussi qu'elle appartienne à l'organisme responsable du programme (ministère de la santé, par exemple) ou qu'elle vienne de l'extérieur (d'une université, par exemple) ? Il y a, dans un cas comme dans l'autre, des avantages et des inconvénients. La personne "de l'intérieur" sera sans doute familiarisée avec les problèmes et avec les réalités de la situation, mais son jugement risque d'être biaisé. La personne "de l'extérieur" a, elle, plus de chances d'être objective, mais elle peut faire preuve de naïveté devant les problèmes à affronter dans l'exécution du programme et se montrer, par conséquent, trop critique dans ses jugements. Il arrive que le meilleur évaluateur soit une personne de l'extérieur qui soit totalement avertie des réalités de la situation. De son côté, l'évaluateur de l'intérieur devrait se trouver placé dans une

position qui garantisse son indépendance, quels que soient les résultats de l'enquête. L'idéal serait peut-être une collaboration entre évaluateurs de l'intérieur et de l'extérieur.

Il faut être réaliste et bien reconnaître que les ressources et les activités d'un programme ne peuvent pas toutes être évaluées sur place et qu'il importe d'opérer une sélection, de préférence sur la base de critères tels que les effets potentiels du programme sur les soins, la sécurité de l'activité considérée et l'application des principes des soins de santé primaires.

Problèmes rencontrés

L'évaluation de la qualité des services offerts à toute la population d'une région, quelle que soit la provenance des soins, comporte en soi des difficultés. Il y a souvent, par exemple, des lacunes dans les informations concernant le secteur privé, à but lucratif ou non, lequel est parfois fort étendu et exerce une influence considérable sur la qualité des soins que reçoivent certaines fractions de la population. La tenue des dossiers, notoirement médiocre pour tous les soins de santé primaires, l'est encore plus pour certains éléments de ces soins sur la qualité desquels il est particulièrement difficile de s'informer. En matière d'éducation pour la santé, par exemple, dans tous les pays, il est malaisé d'apprécier la quantité autant que la qualité de l'enseignement dispensé. Le traitement des affections communes, notamment chez les malades ambulatoires, pose également des problèmes lorsque l'on veut procéder à une évaluation conventionnelle de sa qualité. Ces problèmes tiennent aux difficultés que l'on éprouve à retrouver le diagnostic dans les dossiers et à connaître le degré de gravité de la maladie, les examens pratiqués, les ordonnances délivrées et les conseils donnés, ainsi que la mesure dans laquelle le patient a observé les prescriptions.

D'un autre côté, les anticipations du niveau de qualité à atteindre devraient être en rapport avec le contexte. Un programme, par exemple, qui ne fait guère de place à la prévention peut être considéré comme de qualité médiocre (9). Et pourtant, dans presque toutes les communautés, on peut s'attendre à voir les gens passer à l'action plus volontiers s'il s'agit de soulager des symptômes que de prévenir une affection quelconque. De plus, si les nouveaux agents de santé envoyés sur place ne font rien

pour aider les gens qui se plaignent d'être malades, il est peu probable que la population leur fera confiance ou ira leur demander, ou acceptera d'eux, des services de prévention. Dans l'évaluation de la qualité, il faut tenir compte de ces réalités.

En dépit de ces contraintes et d'autres encore, il est presque toujours possible de procéder à une évaluation quelconque de la qualité des aspects essentiels des ressources et des activités de soins. Diverses méthodes existent à cet effet.

Principales approches à l'égard de l'évaluation de la qualité

Il y a quatre grands types de méthodes pour aborder la collecte de l'information sur la qualité des soins : des méthodes normales d'enregistrement et de transmission des données (y compris par les rapports des superviseurs), des études spéciales sur les services de santé, des enquêtes sur les patients et des enquêtes sur les ménages.

Dans bien des cas, la qualité n'est, et ne doit être, que l'une des caractéristiques évaluées. Il n'est pas rare de voir se perdre de bonnes occasions d'examiner la qualité des services de santé dans le contexte d'efforts de recherche de renseignements sur un sujet plus vaste et il arrive assez fréquemment aussi que, faute de définition suffisamment soigneuse des objectifs visés, on ne recueille que quelques éléments d'information disparates, presque par hasard.

Ces quatre approches ne sont naturellement pas incompatibles. Le cas échéant, on peut combiner deux d'entre elles ou même plus.

L'évaluation au travers des procédures normales d'enregistrement et de déclaration

L'évaluation de la qualité peut être incluse dans le processus de base d'information sanitaire.

Chaque échelon des services de santé, par exemple, est censé faire rapport chaque année sur les ressources. Cette tâche peut aller bien au-delà d'un simple bilan quantitatif de l'état de la situation et inclure des éléments qualitatifs comme le respect des normes nationales dans la

répartition du personnel, l'adéquation et l'entretien des bâtiments ou la mise en oeuvre des plans concernant la formation permanente de certaines catégories de personnel. Chaque année, des informations peuvent aussi être fournies, au niveau national et provincial, sur l'existence, l'actualisation et l'emploi des normes de qualité et sur les mécanismes d'assurance de la qualité.

De la même façon, les rapports mensuels ou trimestriels sur les activités de soins de santé pourraient comporter quelques informations sélectionnées concernant la qualité. Les rapports établis au niveau des districts pourraient, par exemple, contenir des données sur les "aspects quantitatifs de la qualité", comme le nombre moyen de consultations prénatales par future mère ou la distribution des premières consultations prénatales selon le mois de gestation ou encore l'incidence de certaines maladies notifiées au service de surveillance épidémiologique avec la promptitude souhaitable. Sur la base peut-être des données collectées à tour de rôle auprès des différentes unités, les rapports établis à l'échelon provincial pourraient fournir des éléments d'appréciation sur le temps passé par le personnel hospitalier à aller à la rencontre de la population ou sur la fréquence et les résultats des examens de la qualité de l'eau de boisson ou des aliments.

En procédant par roulement ou par sondage, on pourrait aussi obtenir des provinces et des districts des rapports sur certains résultats immédiats qui servent d'indicateurs de la qualité des activités; le pourcentage de certains types de malades qui finissent par guérir, le taux de mortalité dans les hôpitaux et le taux des infections chez les opérés ont notamment déjà été mentionnés plus haut.

A l'échelon communautaire et s'agissant de certaines installations en particulier, les questions de qualité pourraient figurer dans les listes des points devant faire l'objet d'une vérification régulière et dans les formules utilisées pour les rapports. Dans un modèle applicable à tous les types d'établissements de soins et testé par le Ministère de la Santé à Haïti, la surveillance englobe 26 questions qui concernent la gestion et la qualité et qui correspondent chacune à un certain nombre de points, le total ne devant pas dépasser 100 (10). En voici quelques exemples :

Indicateur	Critère d'évaluation
Registre des consultations	2 points, s'il en existe un et s'il est tenu à jour.
Activités communautaires	1 point pour chaque visite de prise de contact, jusqu'à un maximum de 10 par mois.
Savon et eau	4 points si les deux sont disponibles.
Etat des médicaments	3 points si aucun n'a dépassé la date limite d'utilisation ou n'est abîmé.
Pénicilline par voie buccale	2 points s'il en existe en stock ou si la commande a été passée à temps.
Réfrigérateur	5 points s'il est en état de fonctionnement.
Propreté des locaux	3 points pour la propreté intérieure, 2 points pour la propreté extérieure.
Balances (pour nourrissons)	2 points si elles sont en bon état.

Il est indispensable que le superviseur observe aussi la façon dont certains actes essentiels sont exécutés : examen du patient, stérilisation des instruments, etc. Si la surveillance suppose des visites à domicile, des indicateurs de la qualité des soins pris en charge par la famille et par l'individu, comme l'adéquation des méthodes d'alimentation de l'enfant, peuvent aussi figurer dans les rapports.

L'évaluation par le moyen d'études spéciales dans les services de santé

Lorsqu'une évaluation spéciale des services de santé est projetée, à titre exceptionnel ou en tant qu'activité périodique, il conviendrait que la qualité figure parmi les objets de l'évaluation. A titre d'exemple, on trouvera ci-après des extraits de l'exercice d'évaluation entrepris en 1979, en République-Unie de Tanzanie, sur les unités rurales de santé :

o Vérifier l'état :

	Bon	Acceptable	Mauvais
de l'environnement en général	-	-	-
des bâtiments	-	-	-
des cuisines	-	-	-
de l'entreposage des aliments	-	-	-
de l'approvisionnement en eau	-	-	-

o Quels sont les instruments disponibles et sont-ils en état de fonctionner ?

	Nombre	
	en bon état	hors d'état
stéthoscope	_____	_____
thermomètre	_____	_____
microscope	_____	_____
trousse de vaccination	_____	_____
pèse-personne	_____	_____

o Y a-t-il un laboratoire médical ? Oui Non

o Existe-t-il des programmes de formation permanente en cours d'emploi ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser _____

_____

_____

o Quelle est, dans l'ensemble, la qualité des services assurés par cet établissement ?

supérieure à la normale	-
normale	-
inférieure à la normale	-
très mauvaise	-

o Le pharmacien exécute-t-il convenablement les prescriptions ? Oui Non

Dans l'évaluation effectuée en République-Unie de Tanzanie les réponses données à ces questions ont notamment fourni des éléments d'information qui ont permis, par exemple, à l'équipe d'évaluation de signaler que le manque de matériel médical et de médicaments posait un grave problème et affectait la qualité du travail. En ce qui concernait les moyens mis à la disposition des services, c'étaient l'eau et l'assainissement qui laissaient le plus à désirer. Les patients étaient très rapidement examinés et la qualité des examens pratiqués dans les dispensaires a été jugée élevée. A peu près la moitié des malades avaient été tout à fait correctement traités et la moitié aussi avaient reçu des instructions complètes. Des recommandations ont alors pu être adressées au Ministère de la Santé par l'unité de planification.

L'OMS a élaboré une série de protocoles en vue d'examens conjoints des soins de santé primaires avec les pays.[1] Ces protocoles comportent notamment des questions permettant d'évaluer la qualité à la fois du point de vue des ressources (personnel, formation, matériel et fournitures) et de celui de la correction des procédures techniques.

Il est possible d'effectuer des évaluations plus détaillées ou plus spécifiques de la qualité, indépendamment ou dans le cadre d'études générales sur les services de santé. Ce travail peut être fait régulièrement ou épisodiquement, au fur et à mesure que le besoin s'en fait sentir. De telles études, appliquées aux activités, sont d'ordinaire connues sous le nom d'audits des soins de santé ou audits médicaux; lorsqu'elles visent principalement la qualité des ressources, elles s'apparentent à des procédures d'homologation.

L'évaluation par le moyen d'enquêtes sur les patients

Les questionnaires qui s'adressent aux patients sont un bon moyen d'évaluer l'aspect humain ou interpersonnel de la qualité des soins. Un instrument de ce genre, utilisé pour une étude sur les soins de santé dans un district de l'Inde,[2] comprenait notamment les questions suivantes :

---

[1] A manual for conducting primary health care reviews. Document OMS non publié, SHS/PHC Review/84/0; et Review of primary health care. Document OMS non publié, SHS/PHC Review/84/1-7.

[2] Martin, J. The evaluation of the delivery of primary health care. Dissertation for M.Sc., Université de Londres, 1977.

- o Le médecin vous a-t-il posé des questions sur ce que vous aviez ? Oui Non

- o Le médecin vous a-t-il examiné ? Oui Non
  Si oui, quelles parties de votre corps a-t-il examinées ?

- o Vous a-t-il dit ce qui n'allait pas chez vous ? Oui Non

- o Vous a-t-il donné des médicaments ? Oui Non
  Si oui, quels types de médicaments ?
  Vous a-t-il dit combien en prendre par jour ? Oui Non

- o Vous a-t-il donné d'autres conseils ou d'autres instructions au sujet de votre maladie ? Oui Non
  Si oui, quelles instructions vous a-t-il données ?

- o Combien de temps avez-vous dû attendre avant que le docteur vous examine ?

- o Après le traitement, vous êtes-vous senti mieux ? Nettement Un peu Pas du tout

L'évaluation par le moyen d'enquêtes au niveau de la communauté

Des enquêtes sur les ménages peuvent fournir des informations sur l'état de santé de la population, le taux de couverture sanitaire, les comportements en matière de santé, les connaissances et les croyances et aussi la qualité des soins. En fait, c'est la meilleure source à laquelle puiser pour arriver à connaître la qualité de l'autoprise en charge communautaire, familiale et individuelle et la qualité de l'éducation sanitaire, de la nutrition et de l'environnement. Si l'on veut que les résultats de telles enquêtes soient utiles, il importe de choisir un échantillon représentatif des ménages dans des villages ou des localités représentatifs, de préparer, en se bornant à l'essentiel, des questions adroitement formulées et tenant compte des sensibilités locales, de former des enquêteurs, de traiter les données et de savoir analyser les résultats. Il est évident que les enquêteurs doivent être culturellement

adaptés à leur tâche et qu'ils doivent aussi en savoir suffisamment sur les questions de santé pour pouvoir faire des observations directes fiables.

La méthode d'examen conjoint des soins de santé primaires, dont il est question à la page 30, comporte une section qui s'adresse aux familles et utilise une technique de sondage aléatoire par grappes.

Si les conditions ne se prêtent pas à l'organisation d'une enquête en bonne et due forme, les données de toute provenance peuvent être complétées par des entretiens et des observations au sein de certains ménages, à condition toutefois de se montrer prudent dans l'interprétation des résultats ainsi obtenus.

Il peut être utile de donner quelques exemples du type d'information, obtenu par le moyen d'enquêtes sur les ménages, qui peut contribuer à l'évaluation de la qualité des soins de santé primaires.

L'éducation pour la santé. Si l'on souhaite évaluer la qualité de l'éducation dispensée en matière de santé, il convient de poser des questions sur l'exposition des membres de la famille à des activités d'éducation pour la santé officiellement organisées en divers endroits et sur l'intérêt et l'acceptabilité de ces activités pour ces personnes. Peut-on voir dans la maison des brochures ou d'autres publications sur la question ? Dans quelle mesure cette littérature semble-t-elle capable de faire efficacement passer le message ? Une simple épreuve orale pourrait permettre de s'assurer des connaissances concernant par exemple :

- la relation qui existe entre les moustiques et le paludisme;
- la valeur nutritive de divers aliments locaux;
- la sécurité de la source locale d'approvisionnement en eau;
- l'alimentation au sein et l'alimentation au biberon;
- les mesures à prendre si un nourrisson a la diarrhée.

Nutrition. Il faudrait demander des précisions sur la qualité des aliments consommés, notamment sur les types et les quantités d'aliments ingérés par chacun des membres de la famille au cours de la journée précédente. Des questions devraient également être posées sur l'existence éventuelle de lopins de terre dont la culture fournit à la famille certains fruits et légumes et sur la présence d'animaux domestiques. Où la famille achète-t-elle les produits alimentaires qu'elle consomme et de quels types sont ces produits ? Pour juger des effets de l'alimentation sur la croissance des enfants, on pourrait mesurer le poids et la taille de ces enfants. Si des aliments de complément sont distribués, sont-ils présentés sous une forme acceptable et donne-t-on des explications sur l'intérêt qu'ils présentent et sur la façon de les utiliser ?

Eau et assainissement. L'enquêteur devrait aussi faire des observations sur la qualité de l'environnement domestique. Semble-t-il y avoir un système convenable d'évacuation des déchets solides ? Y a-t-il une latrine (ou une installation analogue) régulièrement utilisée par les membres de la famille et bien entretenue ? Quelle est la source habituelle d'approvisionnement en eau de la famille ? L'eau est-elle bouillie lorsqu'elle doit être bue par des nourrissons ou des enfants ou par d'autres personnes ? Selon la région, l'environnement présente-t-il certains dangers (lieux de reproduction de vecteurs de maladies, par exemple) ?

Soins maternels et infantiles, planification familiale comprise. Il faudrait poser des questions sur la qualité des soins au moment de l'accouchement et sur la fréquentation des services de surveillance prénatale. Dans quelles conditions le dernier enfant de la famille est-il venu au monde ? Y a-t-il eu des complications au moment de l'accouchement (pour la mère comme pour l'enfant) et, si tel a été le cas, quelles ont été les dispositions prises ? La femme a-t-elle été suivie médicalement pendant sa dernière grossesse ? Quel a été le nombre des visites prénatales et quand ces visites ont-elles eu lieu ? Pendant les consultations, à supposer qu'il y en ait eu, quels ont été les examens pratiqués (mesure de la pression sanguine, analyse d'urine, auscultations, etc.) ? La planification familiale est-elle pratiquée ? Quelle est la méthode utilisée et se heurte-t-on à des difficultés ? En ce qui concerne les enfants, le plus jeune (ou l'enfant-témoin) a-t-il été pesé à sa naissance ? Les enfants ont-ils été malades récemment ? Si oui, quelles

mesures ont-elles été prises ? En cas de diarrhée, a-t-on eu recours à la thérapie de réhydratation orale ? Le poids et la taille des enfants d'âge préscolaire sont-ils régulièrement mesurés et les résultats sont-ils expliqués à la mère ? Encourage-t-on les mères à nourrir elles-mêmes leur enfant ?

Vaccination. Après avoir vérifié si les enfants du ménage ont bien reçu les vaccins inclus dans le programme national, on peut examiner la qualité de l'enregistrement des données dans les carnets de vaccination et demander à la mère des explications au sujet des complications éventuelles faisant suite à la vaccination.

Lutte contre les maladies endémiques. Si la région étudiée est sujette à certaines maladies endémiques, comme le paludisme ou la schistosomiase, est-il visible que des mesures appropriées ont été prises pour les combattre ? La maison, par exemple, a-t-elle été convenablement traitée à l'aide de pulvérisations d'un insecticide à effet rémanent ? Les gens sont-ils informés des rôles que jouent respectivement les mollusques et les habitudes des êtres humains dans la transmission de la schistosomiase ? Si la tuberculose est répandue dans la région, essaie-t-on de dépister les cas ? Y a-t-il quelqu'un dans la famille qui souffre de trachome ou d'une autre maladie des yeux ? Ces maladies sont-elles traitées ?

Traitement des affections les plus courantes. Cet élément des soins de santé primaires étant celui qui est le plus fréquemment utilisé, lorsque l'on interroge les membres de la famille, il convient de ne demander des informations d'ordre qualitatif qu'en ce qui concerne le passé récent pour lequel il devrait être possible de se fier à la mémoire de l'interlocuteur. Il faudrait demander à celui-ci si l'un des membres de la famille a souffert d'une maladie ou d'une blessure ayant nécessité des soins au cours des dernières semaines. Qui a dispensé ces soins : le poste de santé local ou un autre service ? Quelle a été la nature des soins dispensés : médicament à avaler, injection, intervention chirurgicale, régime, repos, etc. ? Le patient a-t-il suivi les conseils donnés ? Quel a été le résultat apparent du traitement ? Le patient a-t-il été satisfait du traitement - techniquement et personnellement ? A-t-il eu à se plaindre des services du poste de santé ou de tout autre service ? L'attente a-t-elle été excessive ?

Médicaments essentiels. Lors des soins médicaux dispensés au poste ou au centre de santé dans un passé récent, a-t-on pu remarquer que l'approvisionnement en médicaments était médiocre ou qu'un médicament souhaité ou ordonné par le dispensateur des soins n'était pas disponible ? A-t-on conseillé au patient de s'adresser à une pharmacie privée pour se procurer le médicament en question ?

*
* *

Après une enquête sur les ménages dans une ou plusieurs localités, il faut ordonner et analyser les données. Des notes peuvent être attribuées à chacune des activités du point de vue de la qualité. Le pourcentage de notes favorables parmi les ménages peut alors être calculé, puis comparé à des normes appropriées. Si l'échantillon a été bien constitué, les résultats devraient pouvoir être extrapolés à l'ensemble de la population.

Les enquêtes à l'échelle communautaire ne sont toutefois pas obligatoirement fondées sur l'interrogatoire des ménages. Dans une enquête menée en République-Unie de Tanzanie, par exemple, en vue d'évaluer la qualité de la distribution de chloroquine aux enfants et les facteurs inhérents à la communauté qui pouvaient l'influencer, c'est, en premier, par le canal des écoles de village que l'on est passé.[1]

Indicateurs de la qualité

Il peut être utile de donner des exemples d'indicateurs de la qualité des divers éléments des soins de santé primaires, que l'on puisse déduire des observations faites au niveau de la région, du district, de la communauté ou des ménages.

Les indicateurs de la qualité des soins de santé primaires devraient tenir compte de plusieurs critères. Ils devraient notamment : a) être en rapport avec les objectifs de la politique de santé du pays, b) être valables (c'est-à-dire qu'ils devraient mesurer vraiment ce que l'on

---

[1] McCormack, C. Chloroquine distribution through local government structure in Tanzania. Document OMS non publié, TDR/SER/SWG(4)/WP/83.15.

cherche à mesurer), c) être simples et peu coûteux, et d) permettre de différencier les personnes ou les groupes qui reçoivent des soins de haute ou de faible qualité (1). Il est évident aussi que les évaluations dont il est question ici visent principalement le niveau de la communauté, les services périphériques et le premier niveau d'orientation-recours.

Plusieurs exemples d'indicateurs de la qualité des soins de santé ont déjà été cités plus haut. D'autres exemples vont maintenant être donnés à titre complémentaire et on trouvera en annexe une liste complète d'indicateurs, à partir de laquelle il sera possible d'opérer une sélection (annexe 2).

Education pour la santé. Calculer le pourcentage de réponses correctes à un test simple des connaissances. Calculer également les notes d'ensemble attribuées aux ménages, selon le niveau d'instruction de la personne interrogée.

Eau et assainissement. A partir des échantillons d'eau collectés, calculer le pourcentage de spécimens qui satisfont aux normes (numération bactériologique des Escherichia coli) de pureté de l'eau. Etablir également un tableau des ménages qui disposent de latrines convenables et bien entretenues (ou d'autres moyens d'évacuation hygiénique des déchets). Quel est le pourcentage des ménages de l'enquête qui sont desservis par un système d'évacuation des eaux usées satisfaisant ?

Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise. De nombreux indicateurs sont applicables dans ce domaine, comme le pourcentage des femmes enceintes qui ont subi au moins trois examens prénatals ou celui des femmes dont la pression artérielle a été vérifiée à deux reprises au moins pendant la période de gestation.

En ce qui concerne les naissances, l'indicateur peut être le pourcentage des accouchements pratiqués par des personnes de divers niveaux de formation.

Pour les enfants, on peut employer comme indicateur simple de la qualité le pourcentage des épisodes déclarés de diarrhée à l'occasion desquels la thérapie de réhydratation orale a été correctement appliquée.

Dans le domaine de la planification familiale, le nombre des femmes en âge de procréer au sein d'un échantillon de ménages peut servir de base pour le calcul du pourcentage des femmes sachant utiliser une méthode de régulation des naissances, de la manière recommandée dans le programme national.

Vaccinations. Par la supervision, on peut déterminer si les réfrigérateurs qui servent à stocker les vaccins sont en bon état de marche et bien utilisés. Le pourcentage des enfants qui ont reçu toute la série de vaccins est un autre indicateur possible.

Lutte contre les maladies endémiques. S'agissant des maladies endémiques comme le paludisme, la schistosomiase, la tuberculose, le trachome, etc., le pourcentage des malades qui ont terminé le traitement, conformément aux normes spécifiées, est un indicateur possible de la qualité. Sur le plan de la prévention, a-t-on vraiment fait tout le nécessaire pour lutter contre les vecteurs dans l'environnement local ?

Traitement des affections les plus courantes. Ici l'indicateur de la qualité pourrait être le pourcentage des patients qui souffrent d'une affection spécifique et qui ont été correctement traités ou conseillés au poste de santé local. Le pourcentage des patients traités qui ont déclaré que leur état s'était amélioré au bout de quelques jours ou celui des patients qui se sont déclarés satisfaits des soins reçus peut également être calculé à partir des données recueillies et être utilisé comme indicateur de qualité.

Médicaments essentiels. Le pourcentage des ménages examinés dans lesquels un malade n'a pas pu obtenir du poste ou du centre de santé le médicament essentiel qui lui avait été prescrit peut, lui aussi, être calculé. Quel est le pourcentage des malades qui ont dû acheter un médicament essentiel dans le commerce, chez un pharmacien ?

Hospitalisations. Dans les hôpitaux de district, on peut évaluer, au moyen des dossiers ou par une supervision structurée, le pourcentage des patients admis dont les antécédents ont été notés, qui ont été examinés de façon conforme aux normes et qui ont reçu un traitement, également selon les normes, ou qui ont fait l'objet de soins infirmiers satisfaisants. Dans la mesure des résultats comme le taux de guérison ou le taux de

décès, il ne faut pas oublier de tenir compte du type de clientèle de l'hôpital. Un hôpital qui est fréquenté par des patients atteints d'affections particulièrement graves aura sans doute des taux de mortalité et un nombre de complications plus élevés que les autres hôpitaux, même si les soins dispensés sont d'une qualité acceptable.

*
* *

Au travers des indicateurs de la qualité de diverses activités de soins de santé primaires qui viennent d'être cités, on peut aussi déterminer les qualifications du personnel de santé et les attributs des différents services de santé, tels que les reflète la qualité de l'apport de ressources. Pour le personnel de santé, ces indicateurs pourraient être notamment :

- la durée de la formation de base dispensée au personnel de soins de santé primaires qui travaille sur le terrain;

- le nombre des tâches (d'après une liste préétablie) en vue desquelles les agents de soins de santé primaires ont reçu une formation complète;

- la fréquence et la durée des séances de formation continue en cours d'emploi.

En ce qui concerne les installations disponibles, on pourrait déterminer :

- l'espace disponible pour les examens dans les centres de santé, eu égard au nombre des patients;

- le pourcentage des salles de consultation qui sont dotées d'un point d'eau permettant de se laver les mains;

- le pourcentage des locaux qui ont des toilettes propres et en bon état, à l'usage des patients;

- le pourcentage des postes et des centres de santé qui peuvent accéder aisément et à tout moment à un téléphone ou à poste de radio émetteur/récepteur.

En ce qui concerne les fournitures essentielles, on pourrait déterminer :

- le pourcentage des fournitures faisant partie d'une liste standard, dont une visite sur place a permis de constater qu'elles étaient disponibles en stock;

- le pourcentage des fournitures faisant partie d'une liste standard dont on a pu constater qu'elles étaient bien entreposées et entretenues.

Sources d'information

Les principales sources potentielles d'information pour l'évaluation de la qualité des soins de santé primaires sont les suivantes :

a) Les enquêtes sur les ménages (voir pp. 31 à 35 pour plus de précisions sur ce type d'enquêtes).

b) Les rapports courants établis au niveau central et par les services périphériques, qui concernent certains indicateurs comme la fréquence moyenne des consultations de santé maternelle et infantile, les cycles complets de traitement de la tuberculose, l'existence de catégories spécifiques de personnel, la formation de base et la formation permanente du personnel et la mortalité dans les hôpitaux.

c) Les dossiers des clients, établis de préférence sous une forme normalisée, qui peuvent fournir des informations sur les services de prévention, les diagnostics, les traitements, l'orientation vers d'autres niveaux de soins et le suivi des malades. L'utilisation des dossiers à de telles fins est généralement désignée sous le nom d'"audit médical".

d) L'observation directe structurée à l'occasion, par exemple, de visites d'inspection des installations. Ces visites devraient être mises à profit pour évaluer l'exécution pratique de certaines tâches (tenue d'un

tableau des pesées, immobilisation d'une fracture, injection, pulvérisation d'un insecticide à l'intérieur d'une maison, etc.). L'observation directe peut aussi être utilisée pour vérifier les connaissances du personnel, mesurer le temps passé avec les patients et les périodes d'attente, apprécier l'état des locaux, du matériel et des fournitures et évaluer les visites aux familles. Les visites à domicile sont le meilleur moyen de se rendre compte de la qualité de l'autoprise en charge familiale et individuelle.

e) Des entretiens avec les malades qui ont bénéficié d'un service, afin de déterminer dans quelle mesure les conseils ont été suivis ou le message de santé a produit un effet, ainsi que le degré de satisfaction des malades et les résultats à court terme des services rendus. Des visites au domicile de nourrissons renvoyés chez eux après avoir été "guéris" d'une pneumopathie à l'hôpital pédiatrique d'une grande ville d'un pays en développement ont, par exemple, révélé une forte proportion de décès parmi ces enfants dans le mois qui avait suivi leur retour à la maison.

f) Des examens de laboratoire (mesure du taux des anticorps chez les enfants vaccinés pour évaluer la puissance des vaccins, ou épreuves bactériologiques permettant de vérifier la pureté de l'eau de boisson, par exemple).

Même si l'on doit se borner à certains de ces indicateurs, le fait même d'en discuter peut exercer une influence sur la politique future en matière d'information.

Evénements critiques et maladies repères

Certaines méthodes importantes d'évaluation de la qualité font l'objet d'une mise en oeuvre sélective. Grâce à elles, il est possible d'obtenir les informations nécessaires à partir d'un petit nombre de cas, par sondage, aléatoire ou non, des patients, des populations, des activités ou des installations à évaluer.

Dans cet esprit, certains services ont entrepris l'analyse des événements critiques; on entend par là les incidents sérieux ou facilement identifiables qui auraient pu être évités, comme certains

décès, certaines complications cliniques ou certaines épidémies de maladies transmissibles. L'étude de ce qui se trouve à l'arrière-plan de ces événements devrait faire apparaître des faiblesses ou des chaînons manquants dans la succession de faits dont l'aboutissement aurait pu ne pas être négatif. L'application de cette approche aux décès maternels et infantiles s'est traduite par des améliorations appréciables sur le plan de la santé (12).

Une autre technique pour mesurer efficacement la qualité des soins courants consiste à concentrer l'attention sur des maladies prises comme repères : seuls les patients dont l'affection revêt une importance particulière et qui offrent une occasion spéciale d'identifier des problèmes de gestion communs sont retenus pour l'étude (13). C'est ainsi que l'otite de l'oreille moyenne, qui peut devenir chronique ou provoquer la surdité lorsqu'elle est mal soignée, est fréquemment utilisée comme maladie repère. Mais, dans les pays en développement, le choix sera sans doute différent de celui des pays industrialisés, comme le montre le rapport d'un pays en développement (14).

Toutes ces méthodes offrent la possibilité d'une participation active du personnel concerné, y compris des agents de santé communautaires. En ce cas, l'enseignement tiré du processus d'évaluation contribuera directement à améliorer la qualité des soins.

Fixation de normes

Quelle que soit la méthode employée pour déterminer la valeur d'un indicateur de la qualité des soins dans un pays ou une communauté, il est nécessaire de choisir, pour cet indicateur, une valeur spécifique qui servira de norme dans les comparaisons. S'agissant de la surveillance prénatale, par exemple, la norme de qualité pourrait être exprimée comme suit : chez 80 % au moins des femmes enceintes, les paramètres suivants devraient avoir été mesurés : poids, urine (deux analyses au moins) et pression artérielle (deux vérifications au moins). Le choix d'une norme suppose la description exacte des aspects de l'activité ou de la ressource à évaluer; s'il s'agit de décider de la conduite à adopter devant une affection spécifique, il faut déterminer les méthodes de diagnostic, de traitement et de suivi.

Les normes devraient a) s'appuyer sur des bases scientifiques, étant donné que leur application assure un certain niveau d'efficacité des soins; b) convenir à la région dans laquelle elles doivent être utilisées; c) être réalistes et pouvoir être applicables et mesurables sans difficulté; d) être changées en cas de besoin; et e) être applicables à des situations spécifiques. Cette dernière condition signifie que les normes de prévention, de diagnostic et de traitement devraient pouvoir être adaptées à chaque cas particulier. On peut y parvenir en concevant les normes sous la forme d'un arbre comportant de multiples "ramifications" permettant de procéder par étapes successives dans la prise d'une décision (15).

Comment faire pour élaborer des normes adéquates ? Une bonne solution consisterait à établir, au niveau du ministère, des "groupes normatifs" ou des comités d'experts nationaux (ayant à la fois les connaissances et l'expérience voulues) pour chacun des principaux domaines des soins de santé primaires, à qui serait confiée la responsabilité de parvenir à un consensus au sujet des normes à adopter et de leur actualisation. On peut aussi exploiter, en l'adaptant, l'expérience acquise dans d'autres pays.

Une fois adoptées, les normes devraient être présentées sous une forme qui convienne aux divers niveaux d'éducation et aux différentes cultures existant dans chaque pays, puis rassemblées dans des manuels qui serviront à former le personnel et à le guider dans ses tâches quotidiennes à tous les niveaux du système de soins.

4. L'ASSURANCE DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Après avoir étudié, dans les trois chapitres qui précèdent, la notion de qualité des soins de santé, ses déterminants et son évaluation, il reste à répondre à la question essentielle : que peut-on faire pour assurer un niveau satisfaisant de qualité dans les soins de santé primaires ?

Tout d'abord, les administrateurs de la santé ont besoin d'avoir une définition très précise de ce qu'il faut assurer. En second lieu, il importe de définir les circonstances de cette assurance : à qui doit-elle être donnée ? Où ? Et quand ? Enfin, il faut préciser comment la qualité

doit être assurée. Et tout cela devra être fait d'une manière qui soit à la fois pertinente et utile pour la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans chaque pays et dans chacun des districts de chaque pays.

*

* *

Que faut-il assurer

Ce qu'il faut assurer, ce sont des prestations pertinentes, efficaces et conformes aux normes. Le but est de faire en sorte que les plus simples des activités soient convenablement exécutées. Cela suppose que l'on évalue et sélectionne les technologies offertes concernant la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation en fonction de leur impact potentiel sur les principaux problèmes de santé que connaît la population, l'exigence absolue restant celle de la sécurité. Il ne sert à rien d'intervenir, même dans le plus grand respect des normes, si cette intervention n'est pas efficace. De même, ce serait gaspiller les ressources que d'intervenir efficacement, mais sans se préoccuper de la qualité de l'action entreprise. Il serait, par ailleurs, vain de s'efforcer de réaliser une couverture à 100 % avec des interventions qui, en premier lieu, ne sont pas efficaces ou qui le sont, mais perdent de leur efficacité sur le terrain en raison d'une mise en oeuvre médiocre. Ces principes peuvent sembler évidents et pourtant l'expérience acquise dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement montre bien qu'il faut les souligner.

L'expérience prouve que la qualité des soins n'est pas en rapport direct avec la complexité, le prix ou la nouveauté des interventions. Pas plus qu'elle n'est directement liée à la fréquence de certaines interventions "à la mode". En fait, c'est le contraire qui peut être vrai. Un pourcentage par trop élevé de césariennes, d'amygdalectomies, d'appendicectomies ou d'examens de surveillance foetale dans une population représente sans un doute un gaspillage, est inutile et même nuisible et devrait probablement être considéré comme un indicateur négatif de la qualité. Bref, des soins de qualité doivent être fondés sur l'emploi de technologies appropriées.

D'un autre côté, la garantie de la qualité dans le cadre d'une politique de la santé pour tous exige l'introduction, autant et aussi

rapidement que faire se peut, de normes pour toutes les composantes des soins de santé primaires et pour chaque niveau de soin. Un geste simple, pratiqué dans la plupart des unités périphériques, comme celui qui consiste à stériliser les seringues, doit être exécuté de manière strictement conforme aux normes si l'on ne veut pas mettre en danger la santé des gens. La même règle de qualité, rien de plus et rien de moins, vaut également pour le travail des hôpitaux.

Il faudrait, par conséquent, que les normes de qualité soient élaborées par les systèmes de santé de façon complète et équilibrée. En outre, ces normes ne devraient pas concerner seulement les aspects techniques de l'efficacité et de la sécurité. Elles devraient porter sur d'autres aspects, comme la compatibilité des services et de leur environnement avec la dignité humaine et la communication avec les communautés, les patients et d'autres secteurs, en donnant notamment une explication suffisante des événements et des programmes qui intéressent la santé et en encourageant la prise en charge collective des responsabilités en matière de santé.

L'assurance de la qualité : pour qui, où et quand ?

Dans un système fondé sur les soins de santé primaires, la recherche de la qualité concerne tous les services offerts à l'ensemble de la population, l'hypothèse de départ étant que ces services sont équitablement répartis, en fonction des besoins des individus et des communautés.

Puisqu'il vaut mieux que la programmation, la gestion et l'évaluation soient faites au plan local, l'équité en matière de qualité au niveau du district signifie l'égale qualité des prestations dans tous les districts d'un pays, urbains et ruraux. En termes opérationnels, l'assurance de la qualité équivaut à assurer cette qualité dans tous les districts du système de santé.

Une autre façon d'assurer l'égalité dans la qualité consiste à assurer la qualité dans toutes les unités de santé, de quelque catégorie que ce soit - hôpital, centre de santé, poste de santé - publique ou privée, partout dans chacun des districts.

Un autre objectif de l'assurance de la qualité dans le contexte des soins de santé primaires est de maintenir la continuité, dans le temps, du niveau de qualité atteint, en évitant autant que possible toute interruption.

C'est ainsi qu'il ne devrait pas y avoir des soins de haute qualité pour certains citoyens et des soins de qualité médiocre pour d'autres, des soins de haute qualité pour certains districts et de basse qualité ailleurs, une haute qualité de temps à autre seulement et pas de façon constante. En d'autres termes, il faudrait partir du principe que l'assurance de la qualité concerne la totalité du système de santé, qu'elle ne doit pas être fondée sur la vision magnifiée d'un petit nombre de secteurs, mais au contraire sur une vision normale de l'ensemble. C'est ainsi que se conçoit l'assurance de la qualité fondée sur les principes des soins de santé primaires.

Comment assurer la qualité

L'assurance de la qualité est un élément important des processus de planification, de gestion et d'évaluation des soins. Dans ce contexte, il y a deux façons complémentaires d'envisager la question.

a) La première façon est de considérer l'évaluation et l'assurance de la qualité comme des étapes du système général de surveillance, d'évaluation et de reprogrammation des soins sur la base d'un système complet (mais maîtrisable) d'information sur la santé. Ce système devrait comprendre des indicateurs de base ou essentiels pour chacune des étapes à analyser. Si l'on adopte une méthode de résolution des problèmes, le processus serait le suivant :

- Les soins actuels sont-ils efficaces, autrement dit les indicateurs de l'état de santé se sont-ils améliorés ?

- Si tel n'est pas le cas, la sélection des priorités en matière de santé dans le plan est-elle adéquate ?

- Le choix des interventions (des technologies) est-il adéquat ?

- Dans l'affirmative, la couverture de la population par tous les moyens d'intervention essentiels est-elle suffisante ?

- Dans l'affirmative, la qualité des activités est-elle adéquate ?

- Si la quantité et/ou la qualité de la couverture sont insuffisantes, les ressources correspondantes sont-elles en quantité suffisante ? Les ressources sont-elles aussi d'une qualité suffisante ?

- Si tel est le cas, que peut-on dire de l'organisation et de la gestion du système et du développement des ressources ?

- Si aucune explication convenable de la situation ne ressort des réponses données aux questions qui précèdent, les stratégies, les politiques et l'environnement du système devraient être analysés.

- Enfin, les diagnostics posés dans le cadre d'une activité de reprogrammation devraient être utilisés pour corriger les insuffisances repérées.

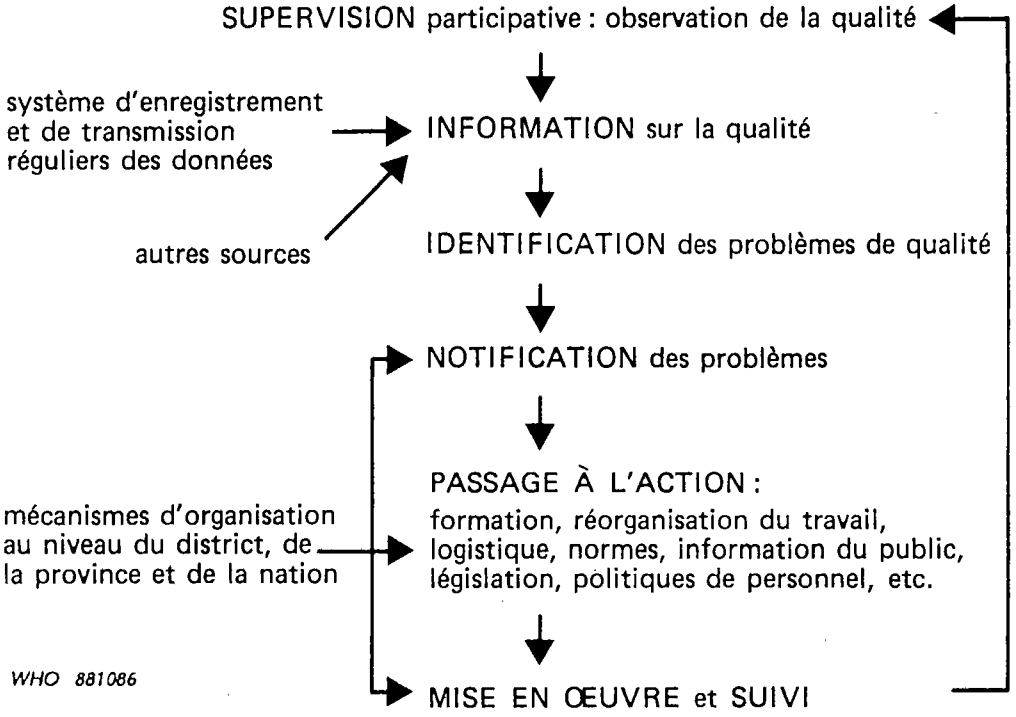
Aux fins de cette approche faisant appel à l'information pour la gestion, quelques indicateurs de la qualité devraient être incorporés au système d'information de base. Ces indicateurs peuvent être choisis parmi ceux de la liste complète figurant en annexe (annexe 2). Entre autres exemples d'indicateurs au sujet desquels il devrait être facile de rassembler et de communiquer régulièrement des données, on peut citer : les taux de mortalité chez les malades traités pour certaines grandes affections dont on sait qu'elles peuvent céder à des soins de bonne qualité (fièvre typhoïde, gastro-entérite, infections respiratoires aiguës ou blessures à la tête, par exemple); taux de mortalité à l'hôpital; taux de complications chirurgicales et obstétricales; pourcentage des activités de prévention par rapport à l'ensemble des activités; durée moyenne des consultations; opportunité de la première visite prénatale; exactitude et opportunité des rapports; commentaires sur la qualité des soins formulés dans la presse ou au cours de débats parlementaires, etc. Des valeurs limites devraient être fixées à l'avance pour ces indicateurs et l'incapacité à atteindre ces valeurs devrait conduire, dans le cadre d'un processus général de reprogrammation, à concevoir des mécanismes de correction concernant les activités, les domaines ou les unités en cause.

b) Une deuxième approche, plus spécifique, à l'égard de l'assurance de la qualité, et qui vient compléter celle décrite plus haut, consiste à

opérer une surveillance et une correction systématiques de la qualité. Là encore, le processus intéresse l'échelon provincial et central autant que les districts et les unités prises individuellement.

Ce processus, tel que le montre la figure 2, suppose une série de cycles d'action et de rétroaction. On peut commencer par le décrire au stade de la supervision. La supervision est une activité essentielle pour la gestion sous tous ses aspects et présente une importance toute particulière pour l'assurance de la qualité. La supervision, et les listes d'éléments à vérifier qu'elle comporte, doivent toujours inclure certains éléments simples d'évaluation de la qualité, essentiellement fondés sur l'observation directe. En ce qui concerne les activités, la supervision dans une unité périphérique ou dans une communauté peut être axée sur les méthodes utilisées pour coopérer avec d'autres secteurs ou d'autres organisations communautaires dans divers types d'activités (éducation pour la santé, visites à domicile, examen des patients, injections, pesée des enfants, pulvérisation d'insecticides dans les maisons, tenue des dossiers, etc.). S'agissant des ressources, le superviseur devrait observer la dotation en personnel, l'état d'entretien du bâtiment et du matériel, la propreté et la bonne tenue des uniformes, les locaux et l'emplacement des installations. Il conviendrait de prêter attention aux opinions, aux louanges ou aux doléances exprimées par les membres de la communauté. Des données sur des indicateurs choisis parmi la liste de l'annexe 2 peuvent être enregistrées dans le cadre du rapport sur la visite d'inspection. Les manquements observés devraient être immédiatement suivis d'un rappel au personnel concernant les méthodes à suivre et les conséquences possibles de la non-observance de ces méthodes. Dans cette discussion, il conviendrait de rechercher la participation active du personnel et d'encourager la prise en charge locale de la responsabilité de l'assurance de la qualité. La communauté et les travailleurs de santé de la périphérie ne devraient jamais se sentir isolés. La supervision doit s'exercer compte dûment tenu de leurs sentiments. Les critiques doivent être constructives et non démoralisantes. Les meilleurs des manuels sur la façon de procéder ne peuvent que fournir les bases techniques de la connaissance que doivent renforcer des consultations et des conseils fréquents.

Figure 2. Processus de surveillance et de correction systématiques de la qualité des soins



Si l'on constate qu'il est à la fois nécessaire et faisable de se procurer davantage d'informations sur la qualité d'exécution de certains programmes, d'autres méthodes spécifiques d'évaluation, comme celles qui sont mentionnées au chapitre 3, peuvent être utilisées. Certains événements critiques ou certaines maladies utilisées comme repères peuvent faire l'objet d'un audit médical ou d'un examen détaillé. Dans les pays en développement, les décès de nourrissons sont une catégorie d'événement critique particulièrement importante : leur analyse ne devrait pas se borner à une analyse de la qualité des soins terminaux dispensés et devrait prendre en compte tous les soins que l'enfant a, ou n'a pas, reçus depuis sa naissance, ainsi que les soins dont la mère a pu faire l'objet pendant sa grossesse. Si elle est ainsi exécutée, cette évaluation jettera quelque lumière sur la qualité du système de santé et de sécurité sociale tout entier.

Si l'on ajoute à ces deux sources de renseignements le système habituel d'enregistrement et de transmission des données, avec ses quelques indicateurs de la qualité, il est clair qu'un flux permanent d'informations est généré. Ces informations devraient être comparées avec

les normes qui ont été établies dans le système pour les divers aspects des principales activités programmées : leur contenu, les méthodes, la durée de ces activités, leur opportunité, leur fréquence et les ressources qu'elles exigent.

Sur la base de cette comparaison, l'étape suivante dans le cycle de l'assurance de la qualité consiste à identifier les principales lacunes dans la qualité des soins, au niveau national ou à celui des districts ou des provinces.

Les diverses tâches d'identification, de notification, d'exécution et de suivi des actions correctrices visant à assurer la qualité devraient être assignées à un département ou une unité appropriés — de préférence préexistants. Selon le lieu et la nature des problèmes, ces responsabilités peuvent être confiées à l'unité de santé elle-même, à l'équipe de gestion de la santé au niveau du district, à la direction provinciale ou centrale de la santé du pays, au département correspondant au ministère de la santé, à un groupe de spécialistes ou à une combinaison de ces divers services.

Dans bien des cas, l'action correctrice en vue d'améliorer la qualité consiste à intensifier ou à améliorer la formation de base, la formation continue et la supervision. Le personnel d'encadrement infirmier et obstétrical, le personnel de laboratoire et les formateurs eux-mêmes sont particulièrement importants pour le maintien de la qualité et exigent, par conséquent, d'être soigneusement formés. Les professionnels de la santé doivent revoir la manière dont ils conçoivent la qualité et la relier à la notion de technologie efficace et abordable, appliquée de façon responsable à tous ceux qui en ont besoin. Ceux qui participent au processus d'assurance de la qualité devraient naturellement s'initier aux concepts et aux techniques pertinents.

L'action d'amélioration de la qualité devrait imprégner le système tout entier et demande à être soutenue de diverses manières. Le rôle des diverses composantes du système en tant que déterminants de la qualité a été évoqué au chapitre 2. On trouvera énumérés ci-après certains types d'appui spécialement nécessaires pour assurer la qualité.

Manières d'appuyer l'assurance de la qualité

Législation et autres types de réglementation des soins de santé

A titre d'exemple, on peut citer les textes régissant la mise sur le marché des médicaments, les codes de contrôle de la qualité des médicaments, les règlements de sécurité concernant les établissements de soins, etc. Il n'est certainement pas souhaitable que la réglementation en matière de santé soit appliquée de manière trop rigide ou punitive. L'existence de règlements, qui comprennent souvent des normes, peut toutefois protéger un programme contre le laxisme et apporte un soutien officiel aux mesures d'ordre purement administratif qui visent à assurer la qualité des soins. En outre, les règlements fournissent une justification aux inspections périodiques des activités de santé par d'autres autorités.

Contrôle social et responsabilité

Les commissions du développement et de la santé, les autorités publiques, les membres des organes législatifs, les équipes de vulgarisation, les enseignants et, d'une façon générale, tous les individus et toutes les organisations sociales ont un rôle à jouer lorsqu'il s'agit d'exiger et d'appuyer la qualité des soins qu'ils reçoivent. Ceux qui tolèrent que leurs dispensaires locaux soient mal tenus recevront sans doute des soins de qualité généralement médiocre. D'un autre côté, les dirigeants locaux et des volontaires peuvent prendre l'initiative de récolter des fonds ou d'organiser le travail afin d'améliorer l'ameublement, l'équipement et les autres aspects des services locaux. Les usagers de ces services devraient, de leur côté, exiger des informations sur la façon dont sont exécutées les activités courantes, comme les vaccinations ou le contrôle de la sécurité des aliments, et les dispensateurs de soins devraient répondre positivement à de telles questions.

Ethique professionnelle

Les professions de santé organisées devraient contribuer à assurer la plus haute qualité possible de soins sur une base équitable. Il y a là un problème d'éthique fondamental pour les professionnels de la santé dans

leur rôle d'exécutants, de gestionnaires et de superviseurs des soins pour tous les secteurs de la population.

Structure du système

A supposer que l'on puisse disposer d'un certain niveau de ressources pour les soins de santé, la qualité des soins dispensés à la moyenne des individus dépend de la bonne gestion de ces ressources. Une répartition géographique convenable des installations, du personnel, des médicaments essentiels et des moyens de communication et de transport augmentera l'accessibilité des soins et leur prestation en temps utile. L'intégration des activités aux programmes et la coordination des prestations offertes aux familles et à la communauté peuvent permettre d'élargir la couverture à un moindre coût pour les consommateurs et font, par conséquent, partie des normes de qualité à respecter. La division de la population en secteurs, chacun de ces secteurs étant assigné à une équipe, accroît, par ailleurs, le sens des responsabilités au sein de cette équipe, tout en lui permettant de se préoccuper plus facilement de certains aspects de la qualité, tels que les relations humaines, la prise en charge de certaines maladies par les familles, le suivi de ceux qui ne respectent pas les prescriptions, etc. Le choix du district en tant qu'unité de base pour la programmation, la mise en oeuvre et l'évaluation des soins, avec la décentralisation correspondante de l'autorité et des ressources, devrait aussi, par lui-même, augmenter le potentiel d'évaluation et d'assurance de la qualité des soins.

Il est indispensable de définir les niveaux des soins et les mécanismes d'aiguillage des patients d'un niveau à l'autre si l'on veut que tous puissent recevoir des soins du niveau et, par conséquent, de la qualité requise, quels que soient leur lieu de résidence et leur capacité à payer le prix de ces soins.

Gestion du système

Certains aspects de la gestion méritent également d'être soulignés ici en raison de l'influence qu'ils ont sur la qualité. Parmi eux, c'est la gestion des ressources humaines qui revêt la plus grande importance. La façon dont sont rémunérés les dispensateurs des soins peut avoir une influence sur la qualité des services; en cas de versement préalable d'une

somme déterminée, la prestation des services nécessaires tend à baisser, tandis que l'adoption d'un système de rémunération à l'acte a tendance à produire un excès de prestations au bénéfice de ceux qui peuvent payer. Les stimulants, psychologiques et matériels, de la qualité des services peuvent avoir des résultats positifs, notamment lorsqu'ils sont établis en rapport avec un système de rémunération salariale. Pour inciter à l'amélioration des performances, on a parfois eu recours à un système de classement des unités locales de soins en fonction de leurs résultats dans le cadre d'un système d'auto-évaluation : tel est, par exemple, le système de stratification des centres de santé utilisé par le Ministère de la Santé en Indonésie. Les notes attribuées sont fondées sur un certain nombre de critères, parmi lesquels le respect de normes de qualité. Dans une province d'Indonésie au moins, chaque année, à l'occasion de la célébration de la Journée de l'indépendance, des centres de santé "prestigieux" et des médecins et des membres du personnel paramédical considérés comme "exemplaires" sont sélectionnés. Aux Philippines, on fait une appréciation détaillée de la qualité des services des officiers de santé municipaux. Au Chili, des prix sont décernés par le Collège de Médecine aux meilleures équipes rurales de santé, sur la base des travaux qu'elles ont accomplis et des résultats qu'elles ont obtenus en l'espace de trois ans.

Pour la prestation de soins de qualité, d'autres éléments étroitement en rapport avec la gestion sont également nécessaires, à savoir :

- la distribution en temps voulu des fournitures, y compris des médicaments, à tous les districts et à toutes les unités, ce qui exige une programmation appropriée et un soutien logistique;

- la sélection, le fonctionnement et l'entretien convenables des équipements médicaux et du matériel de communication et de transport;

- la planification, la construction, l'entretien et la réadaptation convenables des installations.

*

* *

En conclusion, on peut dire que la question de la garantie de la qualité est liée de très près à tous les aspects de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de soins, y compris le développement de ressources adéquates, l'utilisation de technologies appropriées et l'intégration étroite aux conditions économiques et sociales de chaque pays.

5. LES OPTIONS POUR L'ACTION FUTURE

Cet examen de la signification de la qualité, des diverses méthodes pour l'évaluer et des stratégies possibles pour l'améliorer et pour assurer des soins de santé primaires de haute qualité voudrait être plus qu'un simple exercice théorique. On espère que ces réflexions suggéreront des actions possibles aux pays qui se sont engagés à étendre les soins de santé primaires, en tant que base de la stratégie de la santé pour tous.

En fait, dans de nombreux pays, les activités de santé essentielles mentionnées dans la Déclaration d'Alma-Ata ont déjà presque atteint le large degré de couverture souhaité. La recherche de la qualité et de l'équité dans la qualité deviendra donc, dans un proche avenir, l'objectif principal des stratégies nationales de soins de santé primaires et, dans certains pays, cet objectif figure déjà au premier rang des priorités.

Le succès des soins fondés sur les soins de santé primaires dépend de leur capacité à améliorer sensiblement l'état de santé de la plus grande partie de la population.

Pour y parvenir, il faut arriver à des niveaux élevés de performance. Le problème de la qualité ne peut être ignoré. Considéré par rapport à l'économie dans son ensemble, le coût de la qualité ne devrait pas dépasser les moyens d'une société, quelle qu'elle soit. Les soins de "qualité", en effet, ne sont pas des soins "complexes" ni "exclusifs". Comme on l'a vu au chapitre 4, la qualité dans les soins de santé primaires signifie la bonne exécution (selon les normes) d'interventions dont on sait qu'elles ne présentent aucun danger, qui sont supportables pour la société et qui sont de nature à donner des résultats sur le plan de la mortalité, de la morbidité, de l'invalidité et de la malnutrition. Ce type d'interventions existe et le problème le plus courant est qu'elles

ne sont pas mises à la disposition de tous ceux qui en ont besoin ou qu'elles ne sont pas convenablement exécutées, si elles sont disponibles. La plupart des sociétés investissent des sommes considérables dans des technologies coûteuses qui ne conviennent pas à leurs problèmes de santé prioritaires, qui ne sont pas utilisées au profit de ceux qui en ont le plus grand besoin et qui ne sont parfois pas plus efficaces que des interventions moins dispendieuses.

Lorsque l'on parle du coût de la qualité, il faut aussi se souvenir de l'influence positive qu'exercent, à cet égard, l'organisation et la gestion rationnelles du système de santé. Les pays qui disposent d'un système de gestion efficace ont davantage de chances que d'autres pays plus riches, mais dont les systèmes de santé sont fragmentaires et mal coordonnés, d'arriver à offrir des soins de qualité suffisante et équitablement répartis.

La plupart des pays entreprennent d'évaluer et d'assurer la qualité des soins en procédant par étapes. Plusieurs voies s'offrent à eux. Si l'initiative est prise à l'échelon de l'administration centrale, au ministère de la santé, il peut être approprié d'organiser des visites sur le terrain afin de se rendre compte des insuffisances importantes qui pourraient se manifester dans la qualité des soins; on pourrait aussi incorporer un élément d'évaluation de la qualité dans les visites d'inspection ou d'établissement des faits de caractère plus général. La mise en oeuvre d'une enquête conjointe sur les soins de santé primaires[1] pourrait aussi être une bonne façon d'aborder l'évaluation de la qualité par rapport aux normes nationales et d'appliquer des mesures d'assurance de la qualité dans la phase de suivi de l'enquête. Des réunions de cliniciens ou d'administrateurs des soins de santé, ou, ce qui est préférable, des réunions communes de ces deux catégories de spécialistes, peuvent aussi traiter de la question et contribuer à faire prendre des mesures ou intensifier les mesures déjà prises en vue d'améliorer la qualité. En prélude à l'introduction de telles mesures, on peut inscrire la question à certains programmes-clés de formation aux professions de santé.

---

[1] Voir note 1 au bas de la page 30.

Vu l'importance du système de santé de district en tant que cellule de base de l'organisation de la santé au plan national, il serait approprié de commencer par mettre en place un processus d'assurance de la qualité simple et bien conçu dans un district de santé au moins. Une brève période d'expérimentation permettra alors d'améliorer, le cas échéant, ce système avant d'étendre son application. Des manuels sur la façon de procéder peuvent être établis à ce stade. Des comparaisons entre districts et à l'intérieur même des districts fourniront des aperçus fort utiles sur la question de l'équité dans la qualité et sur les leçons à tirer de l'expérience de chacun. Dans tous les pays, on trouvera des équipes locales de santé qui auront déjà pris des initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins et dont la contribution pourra s'avérer extrêmement précieuse. Certains programmes peuvent aussi avoir fait oeuvre de pionniers en la matière et leur expérience devrait servir à toutes les autres activités de soins de santé primaires. Les progrès accomplis au sein d'un programme peuvent, en effet, être rapidement réduits à néant s'ils ne sont pas incorporés à l'ensemble du système. Des données d'expérience peuvent également être échangées par delà les frontières nationales, dans le contexte de la coopération technique entre pays.

A la suite des activités initiales, le ministère de la santé peut décider de développer l'évaluation et l'assurance de la qualité de manière plus systématique. A ce stade, il faudrait établir une série de normes nationales ou revoir les normes existantes. Il importe de disposer d'un mécanisme permanent de mise à jour des normes et d'élargissement de leur portée consistant, par exemple, en un certain nombre de groupes d'experts nationaux – un pour chaque programme et pour chaque discipline – qui sont invités à se réunir quand cela semble nécessaire et qui sont desservis par les unités compétentes au ministère. Les normes établies, éventuellement sous forme d'ordinogrammes ou de diagrammes de flux, devraient être distribuées à toutes les unités chargées de la mise en oeuvre des activités et être inscrites au programme des études de base et de la formation continue du personnel de santé.

Si des informations sur les pratiques en vigueur dans le pays sont disponibles, il est raisonnable de fixer le niveau de performance d'un certain nombre (25 % par exemple) de districts ayant obtenu les meilleurs résultats comme étant la norme nationale vers laquelle devraient tendre tous les autres districts. Les normes devraient être adaptées à chacun des

niveaux de soins – soins de première ligne et soins de deuxième et troisième intention – mais, à l'intérieur de chaque niveau, elles devraient être uniformes sur tout le territoire national, pour tous les organismes et tous les services, publics et privés. Elles pourront alors efficacement servir à instaurer l'égalité dans les soins de santé.

Il s'avérera peut-être nécessaire de créer un conseil ou un comité chargé d'assurer la qualité des soins. Cela a déjà été fait en Malaisie et au Zimbabwe, par exemple. Ces conseils peuvent être représentés au sein des départements ministériels ou d'autres grands organismes, des universités et des autres établissements de formation, des secteurs responsables de l'achat, de la fabrication, du contrôle de qualité et de la distribution des médicaments et des principales associations professionnelles. Un ou plusieurs points focaux peuvent être initialement désignés au ministère, ainsi que dans chaque province et dans chaque district, pour assumer la responsabilité des procédures d'évaluation et d'assurance systématiques de la qualité, telles que les décrivent les chapitres 3 et 4. Ces procédures devraient toutefois être intégrées le plus rapidement possible aux fonctions générales de gestion et, en particulier, aux activités de supervision, d'information, de surveillance et d'évaluation, de gestion du personnel, de logistique et d'entretien.

Dans certains pays, parmi les plus petits notamment, il peut apparaître nécessaire de disposer d'un centre international de référence qui soit capable de fournir des informations et d'apporter une aide pour la sélection d'indicateurs nationaux et de normes d'évaluation de la qualité des soins et pour l'établissement de mesures d'assurance de la qualité.

Le travail d'incorporation de l'évaluation et de l'assurance de la qualité à tous les niveaux du système de santé demandera sans doute un effort considérable au départ. Cet effort peut ne pas être considéré comme hautement prioritaire lorsqu'il existe d'évidentes et importantes lacunes dans le degré de couverture du pays par le réseau de soins de santé primaires. Il est pourtant essentiel d'investir dans l'évaluation et l'assurance de la qualité. Une fois la surveillance prénatale assez bien établie dans un district par exemple, il faudrait s'efforcer de faire en sorte que toutes les interventions nécessaires soient bien pratiquées lors de chaque examen. Ces études peuvent révéler l'existence de problèmes

auxquels il faudra remédier si l'on veut que le pays tout entier puisse bénéficier de soins efficaces.

Tout pays désireux d'entreprendre une évaluation de la qualité de ses efforts dans le domaine des soins de santé primaires peut adresser une demande d'assistance technique à l'OMS. Chacun naturellement doit décider des éléments d'information, révélateurs de la qualité, à communiquer régulièrement. Si le système courant d'informations sur la santé et les procédures normales de supervision en usage dans le pays comportent une série minimale d'indicateurs de la qualité, l'évaluation et l'assurance de la qualité ne seront pas nécessairement des opérations très coûteuses. Selon certains, le maintien d'une bonne qualité fait même, à long terme, réaliser des économies, car l'efficience et l'efficacité des services s'en trouvent augmentées. L'amélioration de la qualité est, en fait, une phase naturelle du processus de développement des systèmes nationaux de santé envisagé dans la stratégie mondiale de la santé pour tous (6). Son importance ira en s'accroissant rapidement à mesure que les pays approcheront d'un niveau de couverture satisfaisant sur le plan quantitatif, en ce qui concerne les soins de santé primaires.

REFERENCES

1. Vuori, H. V. L'assurance de la qualité des prestations de santé, concepts et méthodes, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1984 (La santé publique en Europe, N° 16).

2. Sanazaro, P. J. Quality assessment and quality assurance in medical care. Annual review of public health, 1: 37-68 (1980).

3. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank memorial quarterly, 44: 166-203 (1966).

4. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève, OMS, 1978.

5. Kleczkowski, B. M. et al. Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984. Cahiers de santé publique, N° 77, pp. 13-33.

6. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, OMS, 1981. Série "Santé pour tous", N° 3, p. 40.

7. OMS, Série de Rapports techniques, N° 694, 1983 (Recherches en vue de la réorientation des systèmes de santé nationaux : rapport d'un groupe d'étude de l'OMS), pp. 14 et 15.

8. OMS, Série de Rapports techniques, N° 625, 1978 (Le financement des services de santé : rapport d'un groupe d'étude de l'OMS).

9. Programme des Nations Unies pour le Développement. Mise en valeur des ressources humaines aux fins des soins de santé primaires. New York, PNUD, 1983 (Etude d'évaluation N° 9).

10. Département de la Santé publique et de la Population de Haïti. Performance de l'établissement de santé. Port-au-Prince, 1982.

11. Ministry of Health of the United Republic of Tanzania. Evaluation of the health sector 1979. Dar es-Salaam, National Printing Company, 1980.

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

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

14. Amonoo-Lartson, R. & de Vries, J. A. Patient care evaluation in a primary health care programme: the use of tracer conditions as a simple and appropriate technology in health care delivery. Social Science and Medicine, 15A: 735-741 (1981).

15. Essex, B. J. Diagnostic pathways in clinical medicine. Edinburgh, Churchill Livingstone and African Medical and Research Foundation, 1975.

Annexe 1

BIBLIOGRAPHIE ANNOTEE

Les ouvrages et articles mentionnés ci-après par ordre chronologique de parution font partie des sources d'informations utiles sur l'évaluation des services de santé publiées ces dernières années.

La plupart proviennent des Etats-Unis d'Amérique, tout simplement parce que, dans ce pays, une grande attention a été accordée à la mise au point de méthodes d'évaluation de la qualité des soins médicaux. Les choix opérés ici parmi l'abondante littérature consacrée à la question s'expliquent par le fait qu'ils semblent concerner des concepts et des méthodes qui pourraient être utilisés dans les pays en développement et pour l'évaluation des soins de santé primaires. Il en va de même des autres sources nationales ou internationales citées.

La plupart des articles et la totalité des ouvrages mentionnés contiennent de nombreuses références aux études faites sur l'évaluation de la qualité des soins de santé.

Codman, E. A. A study in hospital efficiency as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital. Boston, Thomas Todd, 1918.

> Cet ouvrage présente de l'intérêt dans la mesure où il constitue l'une des toutes premières tentatives faites pour juger de la qualité des soins dans un hôpital, par l'étude des suites d'opérations chirurgicales.

Taylor, S. Good general practice. Londres, Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1954.

> Etude des problèmes et des affections rencontrés par les médecins généralistes au Royaume-Uni et discussion des facteurs qui peuvent contribuer et qui, en fait, contribuent à la haute qualité des prestations.

Lembcke, P. A. Medical auditing by scientific methods. Journal of the American Medical Association, 162: 144-455 (1956).

Méthode d'évaluation de la qualité par l'étude des dossiers des malades, compte tenu de critères explicites de diagnostic et de traitement pour chaque maladie.

Clute, K. F. The general practitioner. Toronto, University of Toronto Press, 1963.

Rapport sur une étude de la qualité des soins dispensés, par l'observation directe d'un échantillon de médecins généralistes.

Shapiro, S. End result measurements of quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 45(2): 7-30 (1967).

Résumé de plusieurs études empiriques sur les résultats de certaines interventions médicales, par rapport aux études plus courantes d'évaluation des processus.

Morehead, M. A. The medical audit as an operational tool. American journal of public health, 57: 1643-1656 (1967).

Explication et critique de l'examen des dossiers médicaux comme base de l'évaluation de la qualité des soins dispensés.

Roemer, M. I. Controlling and promoting quality in medical care. Law and contemporary problems, 35(2): 274-304 (1970).

Etude des conditions nécessaires, dans les systèmes et les stratégies de santé, pour influencer la performance des dispensateurs de soins de manière à promouvoir et maintenir la qualité des services de santé à un niveau élevé.

Roemer, M. I. Evaluation des centres de santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1973. Cahiers de Santé publique, N° 48.

Etude des nombreuses tentatives d'évaluation de la qualité des centres de santé dans le monde, compte tenu des ressources, de la quantité et de la qualité des services assurés et des effets sur la santé de la population.

Kessner, D. M. et al. Assessing health quality – the case for tracers. New England journal of medicine, 288: 189-194 (1973).

Nouvelle façon de mesurer les résultats en vue de l'évaluation du traitement médical de certains cas dans lesquels des séquelles ont pu être constatées (surdité après traitement d'une infection de l'oreille moyenne, par exemple).

Brook, R. H. Quality of care assessment: a comparison of five methods of peer review. Washington, DC, National Center of Health Services Research and Development, 1973.

Examen des méthodes d'évaluation et des conclusions tirées de la mesure, par diverses méthodes, du processus de traitement et des résultats chez certains malades.

McLachlan, G., ed. A question of quality? Roads to assurance in medical care. Londres, Oxford University Press, 1976.

Ensemble de documents sur l'emploi de l'éducation, des examens par les pairs et d'autres techniques pour aider à assurer la qualité des soins médicaux aux malades ambulatoires comme aux malades hospitalisés.

New York Academy of Medicine. The professional responsibility for the quality of health care. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 52: 5-184 (1976).

Série de 23 articles sur de nombreux aspects de l'évaluation de la qualité, notamment ses liens avec la relation qui s'établit entre le médecin et le patient, les diverses méthodes de mesure, les soins de santé et la qualité de la vie, ses implications et ses effets à long terme.

Kane, R. L. et al. Relationships between process and outcome in ambulatory care. Medical care, 15: 961-965 (1977).

Etude de l'incompatibilité des conclusions obtenues par l'application de deux méthodes – celle des processus et celle des résultats – avec l'évaluation du traitement ambulatoire de groupes de patients.

Christoffel, T. & Lowenthal, M. Evaluating the quality of ambulatory health care: a review of emerging methods. Medical care, 15: 877-897 (1977).

Examen concis de diverses méthodes d'évaluation des soins ambulatoires.

Egdahl, R. H. & Gertman, P. M., ed. Quality health care: the role of continuing medical education. Germantown, MD, Aspen Systems Corporation, 1977.

Série de documents montrant les effets de la formation continue sur la performance des médecins.

McCusker, J. Measurement and evaluation of community health. Londres, Macmillan Co., 1982.

Un chapitre de ce manuel d'auto-apprentissage destiné aux agents de santé ruraux traite de l'amélioration de la qualité des services de manière simple et précise en donnant des exemples et proposant des exercices.

Vuori, H. Education and the quality of health services. Health policy and education, 1: 47-96 (1979).

Etude des preuves des bienfaits de l'éducation en tant que stratégie contribuant à assurer la qualité des services de santé.

Habicht, J. P. Assurance of quality of the provision or primary medical care by non-professionals. Social science and medicine, 13B: 67-75 (1979).

Exposé sur la formation et la supervision des agents de santé communautaires dans une zone rurale du Guatemala, avec présentation des résultats enregistrés sous forme de réduction de la mortalité infantile et juvénile en tant que preuve de la qualité des soins et de leurs bienfaits.

Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980.

Exposé complet et discussion d'un modèle analytique pour l'évaluation de la qualité des soins médicaux dans leur ensemble, sur la base des mesures des divers aspects de la structure (moyens mis en oeuvre), des processus (activités) et du produit final (résultats).

Covell, R. M. The impact of regulation on health care quality. In: Levin, A., ed. Regulating health care: the struggle for control. New York, Academy of Political Science, 1980.

Etude des nombreuses façons dont la réglementation, par les pouvoirs publics principalement, contribue à assurer le maintien de la qualité des soins médicaux.

Katz, F. M. & Snow, R. Evaluation des compétences professionnelles des personnels de santé. Guide pour la formation et la supervision. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981. Cahiers de Santé publique, N° 72.

Examen des principes qui devraient sous-tendre l'évaluation du travail du personnel de santé sur le terrain et des techniques pratiques d'application de ces principes. Des formulaires détaillés sont présentés pour enregistrer les notes attribuées après observation de la façon dont sont exécutées certaines tâches.

Nutting, P. A. et al. Assessing the performance of medical care systems: a method and its application. Medical care, 19: 281-296 (1981).

Méthode permettant de suivre les patients à travers différentes sources de soins et identification, traitement et suivi d'une maladie "repère".

Stillman, J. B. Adapting the tracer method of care assessment for use in developing countries. Quality review bulletin: 6-9 (mars 1982).

Examen théorique de la façon dont la méthode des "marqueurs" peut être appliquée dans les pays en développement et applications possibles à l'évaluation des programmes de nutrition, l'accent étant mis sur la bonne tenue des dossiers.

Annexe 2

EXEMPLES D'INDICATEURS DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

1. Indicateurs pour la surveillance de la qualité dans certains éléments des soins de santé primaires

a) Qualité des soins prénatals

Il faut tout d'abord mesurer la couverture, c'est-à-dire le nombre de femmes enceintes qui bénéficient d'une surveillance prénatale. Cette couverture peut être exprimée en pourcentage de femmes ayant eu au moins une consultation prénatale, par rapport à la totalité des femmes enceintes dans la population. Les questions qui se posent alors sont celles de la qualité de cette couverture et du type de services assurés. Pour mesurer les caractéristiques pertinentes des soins anténatals, on pourrait, par exemple, prendre comme indicateurs les paramètres suivants :

- fréquence des soins : pourcentage des femmes qui ont eu au moins trois consultations avant l'accouchement;

- opportunité des soins : pourcentage des femmes qui ont eu leur première consultation prénatale avant d'avoir dépassé les 16 semaines de gestation;

- contenu des soins : pourcentage des femmes dont la pression artérielle a été vérifiée au moins un nombre spécifié de fois, qui ont subi au moins un nombre spécifié d'analyses d'urine et qui ont reçu deux doses de vaccin antitétanique pendant leur grossesse;

- aiguillage vers d'autres soins : pourcentage de femmes envoyées consulter un médecin, parmi toutes celles qui auraient eu besoin d'une telle consultation pour des raisons diverses (saignement, hypertension, oedème, protéinurie, tuberculose ou ictère précoce du nouveau-né lors d'une maternité précédente);

- accouchement à l'hôpital conseillé : pourcentage des femmes ayant besoin d'être soignées à l'hôpital pour des raisons diverses (antécédents obstétricaux, morbidité actuelle, âge, taille ou présentation de l'enfant, par exemple) et qui bénéficient de ce service.

Telles sont les caractéristiques de l'activité de soins prénatals. Il peut être utile d'évaluer la qualité des ressources avec lesquelles cette activité est exécutée. A titre d'exemples d'indicateurs de cette qualité, on peut citer :

- pour le personnel qui dispense les soins prénatals : le pourcentage des membres de ce personnel qui ont reçu au moins un nombre spécifié de mois de formation en obstétrique, parmi ceux qui assurent les soins prénatals dans chaque région géographique;

- pour les ressources matérielles qui servent à dispenser les soins prénatals dans chaque région géographique : pourcentage de dispensaires, de postes ou de centres de santé où l'on peut disposer d'un endroit propre pour examiner la future mère en privé et avec le minimum d'équipement nécessaire (table d'examen, toise et mètre pour prendre les mensurations, stéthoscope, tensiomètre, hémoglobinomètre, matériel de dépistage de la protéinurie) et de fournitures indispensables (sels de fer, anatoxine tétanique, pénicilline, etc.).

Les indicateurs de l'issue de la grossesse – survie maternelle et foetale/néonatale, poids à la naissance – devraient être mesurés, si possible, au niveau de la population tout entière, dans le cadre du système général de surveillance et d'évaluation du système de santé en général. Plusieurs facteurs toutefois, en plus de la qualité des soins prénatals, peuvent avoir une influence sur cette issue qui n'est donc pas toujours un indice valable de la qualité.

Il y a de nombreux autres indicateurs de la qualité des soins prénatals. La qualité de l'orientation vers d'autres niveaux de soins peut, par exemple, être reflétée dans le pourcentage de femmes chez qui cette orientation était techniquement justifiée, parmi toutes celles qui avaient ainsi été aiguillées vers d'autres services. La qualité du personnel peut être mesurée par le rapport entre le nombre de superviseurs des sages-femmes et le nombre du personnel qui assure les soins prénatals dans chaque région géographique.

Dans la pratique, il est probable qu'un petit nombre seulement de ces indicateurs pourra vraiment être utilisé : deux ou trois peut-être

concernant les activités et un ou deux pour les ressources. Mais, même pour ces quelques indicateurs, il sera indispensable de trouver les méthodes de mesure les plus économiques.

*
* *

Pour chacun des éléments restants des soins de santé primaires, on se contentera de mentionner des exemples d'indicateurs. Le lecteur n'aura aucune peine à en concevoir d'autres ou à adapter, selon ses besoins, certains autres qu'il aura pu trouver dans la littérature consacrée à la question.

b) Qualité des prestations à l'accouchement

Les indicateurs de mesure de la qualité, dans ce domaine, peuvent notamment concerner :

- l'opportunité des prestations : pourcentage des cas dans lesquels la mère a été assistée dès la première phase du travail;

- le contenu des soins : pourcentage des cas dans lesquels un examen initial a été pratiqué et le pouls, la pression artérielle, la fréquence des contractions, la dilatation du col et les battements de coeur de l'enfant ont été régulièrement surveillés;

- les soins au nouveau-né : pourcentage des cas dans lesquels le nouveau-né a été promptement examiné, avec des mains propres, le cordon ombilical a été coupé et pansé dans le respect des règles de l'asepsie, des soins de prophylaxie oculaires ont été dispensés et l'enfant a été tenu au chaud;

- le suivi de l'accouchée : pourcentage des cas dans lesquels rendez-vous a été pris pour un examen ultérieur et des conseils ont été donnés concernant l'espacement des naissances et l'allaitement au sein.

La qualité des ressources pour ce type d'activité peut être mesurée à l'aide d'indicateurs analogues à ceux qui vont être présentés ci-après (pp. 74-75) concernant les soins de santé primaires en général.

Le taux des complications pendant l'accouchement et tout de suite après dans chacune des régions ou chacun des établissements est un indicateur complémentaire des "résultats" qui peut faciliter l'évaluation de la qualité des prestations au moment de l'accouchement. Il en va de même du degré de satisfaction des mères après l'accouchement.

c) Qualité des soins à l'enfant, de la nutrition et des vaccinations

Un indicateur simple pourrait être trouvé ici dans la fréquence moyenne des contacts de chaque enfant "couvert" avec les agents de santé communautaires ou le personnel des services de santé. Un autre pourrait aussi être le pourcentage des cas dans lesquels un minimum de services courants ont été assurés.

La surveillance nutritionnelle peut être appréciée d'après le pourcentage des enfants :

- dont le poids est convenablement vérifié et correctement noté sur la feuille de croissance;

- dont le poids a fait l'objet de conseils appropriés donnés à la mère.

L'amélioration de l'état de nutrition de la population enfantine, mesurée en fonction du pourcentage d'enfants qui ont un poids ou une taille normaux pour leur âge ou une circonférence du bras normale, serait un indicateur de la qualité des soins dispensés aux enfants d'une façon générale et des activités dans le domaine de la nutrition, en particulier si le rôle d'autres facteurs peut être exclu.

La qualité des vaccinations dépend, dans une large mesure, des ressources mises en oeuvre. L'immunisation ne sera réelle que si les vaccins administrés ont la puissance voulue. La meilleure façon de s'assurer couramment de la puissance des vaccins est de n'utiliser que des vaccins répondant aux normes de l'OMS et de ne pas interrompre la chaîne du froid. Pour vérifier l'état d'un vaccin, on peut se servir de flacons de vaccins contre la poliomyélite et contre la rougeole qui sont les plus instables et les plus faciles à tester de tous les vaccins du Programme élargi de vaccination. Les cas de maladies cibles du Programme enregistrés chez des sujets vaccinés devraient donner lieu à une enquête afin de

déterminer si le vaccin administré était bien aussi actif que voulu. Le titrage des anticorps chez les vaccinés est généralement une opération longue et peu facile et ne devrait pas être entrepris normalement. On peut vérifier l'état de la chaine du froid en se servant des systèmes de mesure du temps et de la température fournis par le FISE et l'OMS et en déterminant dans quelle mesure les réfrigérateurs sont en état de marche suffisant et utilisés conformément aux normes techniques existantes. Les réductions constatées dans l'incidence des maladies sont les meilleurs indicateurs d'ensemble de la qualité du programme et il est particulièrement facile de s'en assurer dans le cas de la rougeole, de la poliomyélite et du tétanos du nouveau-né. Des estimations peuvent être faites à partir des rapports de routine établis dans les pays, de certains lieux sentinelles ou d'enquêtes sur l'incidence des maladies.

d) Qualité de l'éducation pour la santé

Un indicateur possible consisterait à mesurer le pourcentage des individus exposés à des activités d'éducation pour la santé, qui ont bien assimilé une partie au moins des notions enseignées et qui les ont trouvées acceptables. Des tests simples pourraient être utilisés pour vérifier les connaissances des enfants comme des adultes sur certains sujets tels que la pureté de l'eau, les aliments nutritifs, les vaccinations, les insectes vecteurs de maladies, etc.

e) Qualité des efforts d'hygiène de l'environnement

A titre d'exemple, on pourrait utiliser comme indicateur le pourcentage d'échantillons d'eau qui satisfont à des critères établis concernant notamment la présence d'Escherichia coli, la salinité et d'autres caractéristiques importantes localement.

Le pourcentage d'échantillons d'eau ayant une teneur appropriée en fluor pourrait également être un indicateur important en certains endroits.

f) Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies épidémiques et endémiques

Dans ce domaine, les indicateurs de la qualité pourraient concerner :

- le pourcentage des cas de certaines maladies notifiées au service de surveillance épidémiologique le plus proche dans un délai donné après que la maladie ait été soupçonnée;

- le pourcentage des cas de certaines maladies lorsque le diagnostic est venu confirmer les soupçons;

- le pourcentage de flambées de certaines maladies dans lesquelles les mesures prescrites sont prises dans un laps de temps donné après la déclaration initiale;

- le pourcentage d'un échantillon de maisons désinsectisées dans lesquelles les pulvérisations ont été faites à l'aide d'une technique standard prescrite;

- la proportion des malades atteints de tuberculose qui vont jusqu'au bout du traitement prescrit, par rapport à l'ensemble des cas diagnostiqués.

g) Traitement des maladies courantes et fourniture de médicaments essentiels

Pour certaines affections très répandues, comme la diarrhée, les infections des voies respiratoires supérieures, la carie dentaire, les maladies de peau et les problèmes oculaires, il serait possible d'adopter comme indicateurs de la qualité des soins :

- le pourcentage des cas de diarrhée chez les enfants dans lesquels on a recherché et traité les signes de déshydratation;

- le pourcentage des enfants porteurs de parasites intestinaux qui n'ont pas été traités;

- le pourcentage des cas d'affections dermatologiques dans lesquels le diagnostic correct a été posé et le traitement correct a été administré;

- la proportion des visites aux services périphériques d'une région où certains médicaments essentiels (sels de réhydratation orale, pommade ophtalmique à la tétracycline, etc.) se sont révélés être indisponibles ou périmés; cet indicateur vise la qualité des ressources;

- la proportion de la population qui vit à une heure de distance d'un point où une quantité minimale de médicaments essentiels (selon la définition donnée par le ministère de la santé) est en permanence tenue à sa disposition (comme le montrent les inspections périodiques et l'absence de réclamations de la part du personnel et des malades);

- le nombre des caries dentaires soignées par rapport au nombre des extractions pratiquées.

h) Soins familiaux et autoprise en charge

Les visites à domicile fournissent aussi certains indices du degré d'hygiène dans la vie de la famille et on pourrait notamment choisir comme indicateur de la qualité le pourcentage des habitations où :

- les ustensiles servant à l'alimentation des enfants de moins de cinq ans sont du type adéquat et correctement nettoyés;

- il n'y a pas d'insectes visibles dans la pièce où dorment des enfants de moins de cinq ans;

- l'eau est conservée dans des récipients soigneusement fermés;

- aucun enfant de moins de cinq ans n'échappe à la surveillance (visuelle ou auditive) des adultes;

- les feux ou les poêles allumés sont hors de portée des jeunes enfants.

2. Indicateurs de surveillance de la qualité des soins de santé dans les districts

En tout premier lieu, il faudrait évaluer les aspects généraux de la qualité des soins locaux et de district qui sont en rapport avec les soins de santé primaires. Entre autres aspects et indicateurs possibles, on pourrait, par exemple, suggérer :

- la proportion des districts et des localités où des activités sont programmées à l'échelon local;

- la proportion des activités de prévention mises à exécution dans des régions définies;

- la proportion des districts et des localités dans lesquels les divers éléments des soins de santé primaires sont tous assurés de manière continue;

- la proportion du temps passé par certaines catégories de travailleurs de santé en visites à domicile et en travail de santé communautaire;

- la proportion des états (grossesse, malnutrition, tuberculose, etc.) qui sont repérés par un dépistage actif des cas dans la communauté;

- la proportion des districts et des localités dans lesquels les limites de la zone d'attraction et la population sont bien connues du personnel local;

- le temps passé par certaines catégories de travailleurs de santé en réunions avec les dirigeants locaux, des comités, des groupes et des organismes intersectoriels.

Certains indicateurs de gestion intéressent également la qualité des soins locaux dans leur ensemble; c'est le cas, par exemple, de la fréquence moyenne des visites de supervision rendues par du personnel du niveau du district à chacune des installations périphériques, dans chaque district.

En second lieu, les gestionnaires de la santé peuvent vouloir se rendre compte de la qualité des activités et des procédures les plus courantes dans les soins de santé primaires : consultations, visites à domicile, hospitalisations dans des établissements situés au niveau du district, etc. Ils peuvent mesurer, par exemple, le pourcentage des consultations dans lesquelles :

- les antécédents du patient sont notés conformément aux normes;

- le patient est examiné dans les normes;

- un nombre minimal de minutes est consacré à chaque patient;

- un diagnostic correct est posé;

- un traitement est fourni selon les normes;

- le responsable de la consultation est le même que la fois précédente (continuité);

- les avis et les prescriptions sont bien compris;

- les orientations et les examens spéciaux voulus sont réellement demandés;

- les orientations et les examens spéciaux demandés sont justifiés;

- le temps d'attente n'a pas dépassé un certain nombre de minutes.

Pour ce qui est des hospitalisations dans des établissements du niveau du district, lesquelles peuvent avoir un but préventif ou curatif, leur qualité peut être mesurée d'après le pourcentage des hospitalisations au cours desquelles :

- l'anamnèse et l'examen du patient sont réalisés d'une manière conforme aux normes;

- un diagnostic ferme est posé avant la sortie;

- un traitement est dispensé selon les normes;

- la surveillance et les soins infirmiers sont correctement assurés;

- le lit du patient et ses alentours immédiats sont maintenus dans un état de propreté satisfaisant;

- des soins d'urgence sont en permanence disponibles.

Des indicateurs simples et utiles de la qualité des hospitalisations peuvent être trouvés dans la mesure des "résultats". Tels sont notamment : le pourcentage des patients guéris, le pourcentage des patients qui meurent à l'hôpital, et le pourcentage des complications postchirurgicales.

Pour des actes de routine, comme la pratique d'injections, le pourcentage des visites au cours desquelles il est constaté que les aiguilles sont correctement stérilisées peut aussi être un indicateur de la qualité.

Il importe, par ailleurs, d'évaluer la qualité des ressources disponibles pour assurer des soins de santé généraux aux districts et aux communautés. Les indicateurs qui suivent pourraient être utiles dans les pays en développement.

Indicateurs pour le personnel :

- durée de la formation de catégories spécifiques de personnel;
- nombre d'aptitudes figurant sur une liste minimale qui ont été acquises par certaines catégories de personnel;
- fréquence et durée moyennes des périodes de formation en cours d'emploi;
- nombre de techniciens de laboratoire par million d'habitants.

Indicateurs pour les locaux, les installations et l'équipement :

- note pour l'état des bâtiments des services de santé d'une région définie;
- note pour la propreté des locaux;
- note pour la sécurité des bâtiments;
- pourcentage des lits d'hôpitaux qui ont des matelas et des draps propres et pas plus d'un seul occupant;
- pourcentage des salles de consultations et des salles d'hôpital qui sont dotées d'un lavabo en état de marche;
- pourcentage des locaux qui disposent d'un générateur de secours en état de marche;

- pourcentage des locaux disposant sur place d'une source permanente d'approvisionnement en eau sans danger;

- pourcentage des locaux où l'on a pu constater que les toilettes à l'usage des patients étaient propres et en bon état de marche;

- pourcentage des locaux ayant au moins un tensiomètre, des balances pour peser les adultes et les nourrissons et une toise et un mètre pour prendre les mensurations des patients (ou tout autre équipement jugé essentiel);

- proportion des hôpitaux de district et des centres de santé dotés d'un laboratoire de base qui fonctionne;

- proportion des hôpitaux de district et des centres de santé qui ont un certain nombre de véhicules en état de marche, conformément aux normes nationales;

- proportion des postes de santé (unités les plus périphériques) qui ont accès aisément et en permanence à un téléphone ou à un poste de radio émetteur/récepteur;

Indicateurs pour les fournitures essentielles :

- proportion des fournitures figurant dans une liste standard dont on a pu constater qu'elles existaient en stock au cours des visites d'inspection, dans une catégorie définie d'installations;

- proportion de fournitures de ce genre correctement stockées, conformément aux normes en vigueur;

- proportion des médicaments essentiels utilisés dont l'activité et l'innocuité ont été vérifiées (cet indicateur peut être valable au niveau national, mais aussi à celui des usagers dans tout le pays).

Les indicateurs de qualité cités dans cette annexe ne sont que des exemples. Tout comme les autres exemples qui pourraient être suggérés, ils demandent à être étudiés, sélectionnés et élaborés par les services appropriés du système de soins de santé.

= = =