

Nouvelles de qualité

ORGANE D'INFORMATION DU PROJET D'ASSURANCE DE LA QUALITE

Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20814-4811 • (301) 654-8338

Automne 1999

Volume 8, Numéro 2

DANS CE NUMERO

L'éditorial du PAQ

L'agrément en tant qu'outil d'amélioration de la qualité 1

Article principal

L'amélioration de la prestation de services de santé par l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification 4

Conférence régionale conjointe sur l'amélioration de la qualité 12

Élaboration d'un programme d'agrément des hôpitaux: l'expérience zambienne 15

L'autoréglementation des hôpitaux: une initiative du secteur privé à Mumbai, en Inde 18

Quoi de neuf? 20

Amélioration de la qualité en Afrique du Sud: l'initiative d'agrément du COHSASA 21

Le point de quelques activités de terrain 24

Agrément ciblé 25

ISQua établit une nouvelle fédération d'agrément 31

Nouveaux produits du PAQ 32

Amélioration de la mise en oeuvre de la PCIME 33

Ressources électroniques 35

*Nouvelles de qualité, qui est publié deux fois par an, partage avec la communauté sanitaire internationale les méthodologies, activités et résultats d'initiatives d'assurance de la qualité sous l'égide du **Projet d'Assurance de la qualité**. Si vous souhaitez recevoir **Nouvelles de qualité** ou toute autre publication du **Projet d'Assurance de la qualité**, veuillez contacter:*

**Communication Division
Quality Assurance Project
University Research Co., LLC
Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814-4811 (USA)**

**TÉL (301) 654-8338
FAX (301) 941-8427
www.qaproject.org**

L'éditorial du PAQ

L'agrément en tant qu'outil d'amélioration de la qualité

David Nicholas, MD, MPH

Directeur, Projet d'Assurance de la qualité

LES programmes d'agrément ont suscité un intérêt croissant au cours de la dernière décennie et ils ont pris de l'expansion dans le monde entier tandis que s'accroissait la demande pour une amélioration de la qualité et que ces programmes permettaient de qualifier les prestataires pour des paiements dans le cadre de nouveaux mécanismes de réforme sanitaire ou de réglementation des prestataires. Conformément à sa mission, le PAQ a étudié le rôle de l'accréditation dans l'amélioration de la qualité dans les pays en développement et a aidé ces pays à décider s'il devaient ou non se doter de programmes d'agrément appropriés.

Le concept de l'agrément s'est développé au cours de ce siècle à partir d'un concept assorti de programmes simples et facultatifs, appliquant quelques normes de base à un processus d'évaluation qui, dans la mesure du possible, met en pratique des normes fondées sur des preuves pour déterminer la capacité de grandes organisations complexes de soins à fournir des soins de qualité. Ces deux dernières décennies, des programmes d'accréditation moins formels, cherchant à encourager les organisations de soins de santé à fournir de bons services axés sur le client, ont vu le jour, par exemple le programme des Hôpitaux Amis des bébés de l'UNICEF, le programme de Planification familiale de l'Étoile d'or en Égypte, le programme Proquali de Santé génésique au Brésil et le programme des Dispensaires Amis des adolescents qui a été mis en place à la Jamaïque et en Afrique du Sud. Ainsi,

suite page 2

le domaine de l'agrément est en pleine évolution et il fait ressortir nombre de questions intéressantes et parfois difficiles à aborder.

Tout comme les milieux de la santé estiment que la médecine devrait reposer sur des preuves, il devrait en être de même des choix concernant les activités d'AQ. On pourrait donc se poser la question de savoir s'il existe des preuves scientifiques indiquant que l'agrément améliore les résultats pour les patients. Manifestement, si les normes utilisées pour l'agrément reposaient sur des preuves c'est-à-dire que des études avaient démontré que le respect des normes améliore les résultats pour le patient il semblerait logique de conclure que l'agrément améliorerait les résultats. Toutefois, il est possible que les organisations de soins de santé n'appliquent les normes qu'au moment de l'évaluation en vue de l'agrément (enquête) et qu'elles les ignorent le reste du temps. Si tel est le cas, il n'y aurait pas de changements dans les résultats. Dans une étude sans précédent sur l'application au niveau international des normes d'agrément, le PAQ a examiné les effets de l'agrément sur les résultats médicaux en Zambie et en Afrique du Sud.

Les pays en développement qui envisagent des mécanismes d'agrément doivent se poser d'autres questions importantes:

- Quels secteurs du système de santé faudrait-il faire agréer les hôpitaux, les établissements de soins ambulatoires et primaires, ou les deux?
- Faudrait-il inclure à la fois les secteurs public et privé?
- Dans quelle mesure les représentants de la communauté devraient-ils participer aux conseils d'agrément ou aux équipes d'enquête?
- Les résultats des enquêtes d'agrément devraient-ils être publiés et mis à la disposition du public?
- Les organismes d'agrément devraient-ils être des entités gouvernementales ou non gouvernementales?
- L'agrément devrait-il être obligatoire ou facultatif? S'il était obligatoire, en quoi serait-il différent de l'autorisation d'exercer?

Nouvelles de qualité

Projet d'Assurance de la qualité

University Research Co., LLC
Center for Human Services

Rédacteur Donna Vincent Roa
Réviseur technique Diana Silimperi
Conception graphique James Chika

<i>Directeur</i>	David Nicholas, MD, MPH
<i>Directeur adjoint</i>	Diana Silimperi, MD
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Amérique latine</i>	Jorge Hermida, MD, MPH
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Afrique</i>	Bruno Bouchet, MD, MPH
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Directeur Communication</i>	Donna Vincent Roa, PhD
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Russie, CEI, Asie et Proche-Orient</i>	Rashad Massoud, MD, MPH
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Responsable Formation</i>	Jolee Reinke, MSN, CPHQ
<i>Directeur associé du Projet d'AQ, Recherche opérationnelle</i>	Bart Burkhalter, PhD
<i>Directeur adjoint, Recherche opérationnelle</i>	Paula Tavrow, PhD
<i>Responsable adjoint de la Formation</i>	Thada Bornstein, MEd
<i>Directeur adjoint de la Communication</i>	Elisa Knebel, MHS
<i>Conseiller senior AQ (Joint Commission Resources)</i>	Joanne Ashton, RN, MN
<i>Conseiller senior AQ</i>	Maina Boukar, MD, MPH
<i>Conseiller senior AQ</i>	Marina Budeyeva, MD, MPH
<i>Conseiller senior AQ</i>	Lynne Miller Franco, ScD
<i>Conseiller senior AQ</i>	Edward Kelley, PhD
<i>Conseiller senior AQ</i>	Catherine MacAulay, MPH
<i>Conseiller senior AQ</i>	Lynette Malianga, BSN
<i>Conseiller senior AQ</i>	Lani Marquez, MHS
<i>Conseiller senior AQ</i>	Wendy Newcomer, PhD
<i>Spécialiste AQ</i>	Hany Abdallah, MA, MHS
<i>Spécialiste AQ</i>	Karen Askov, MHS
<i>Spécialiste AQ</i>	Diana Santillán, MA
<i>Spécialiste AQ</i>	Jennifer Shabahang, MHS
<i>Spécialiste Communication et Recherche</i>	Ya-Shin Lin, MPH
<i>Spécialiste Conception de la formation</i>	Jennifer Kolodner, EdM
<i>Assistant de Recherche</i>	Stephane Legros, MD, MPH
<i>Directeur associé Administration</i>	Patricia Sayer, BSN
<i>Responsable de programmes, Afrique</i>	Chris Diomi, MA
<i>Responsable de programmes, Amérique latine</i>	Eliana Parker, MA
<i>Coordinateur Formation</i>	Elsa Berhane, MPH
<i>Assistant Communication</i>	Sean Yu, BA
<i>Assistant Administration</i>	Shawn Grainger, BA



- Quelle devrait être la solidité des preuves requises pour valider une norme en vue de son utilisation pour l'agrément? L'agrément devrait-il être basé sur les rendements, le respect des normes ou les deux?
- L'agrément devrait-il être lié aux données du système de suivi de routine et pas seulement aux évaluations externes?
- Les enquêtes d'agrément devraient-elles être des visites programmées ou "inopinées", voire les deux?
- L'agrément devrait-il être avant tout une rencontre facultative d'encadrement pour aider les organisations à se conformer aux normes?
- Quel devrait être le lien entre l'autoévaluation continue de l'organisation et l'évaluation externe?
- Quelles seraient les conséquences prévues si une organisation n'obtient pas l'agrément, surtout si elle se situe dans un secteur où elle est peut-être le seul prestataire de soins qui soit disponible?

Notre expérience passée tendrait à prouver que l'agrément valoriserait les systèmes de soins de santé.



- Les organismes d'agrément devraient-ils être eux-mêmes agréés pour garantir le respect des normes acceptées pour les organismes d'agrément et de certification? Qui devrait supporter le coût du processus d'agrément?
- Enfin, l'agrément est-il coût-efficace par rapport à d'autres approches d'amélioration de la qualité, et constitue-t-il une "technique appropriée" pour les pays en développement?

Le PAQ s'efforce d'apporter des réponses à ces questions. Il contribue aussi au parrainage de conférences internationales où des experts et des pays intéres-

sés peuvent parvenir à un consensus sur ces questions et aider les pays en développement à résoudre ces questions. Notre expérience passée tendrait à prouver que l'agrément valoriserait les systèmes de soins de santé. Toutefois, l'agrément devra apporter la preuve de son coût-efficacité et de son aptitude à s'adapter à de nombreux contextes différents.



L'amélioration de la prestation de services de santé par l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification¹

*Donna Vincent Roa, PhD, Directeur Communication et
Directeur associé du Projet d'Assurance de la qualité*

*Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directeur exécutif
Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.*

LES responsables de services de santé et les décideurs du monde entier adoptent des approches, des méthodes et des outils de qualité pour améliorer le fonctionnement, créer des processus de soins plus efficaces, alléger le travail, réduire l'utilisation peu judicieuse de ressources limitées, renforcer les performances du personnel et la supervision, et améliorer l'éducation du patient comme du personnel. Bien qu'une évaluation continue de ces types de progrès soit généralement considérée comme impérative, les avis sont plus partagés sur l'approche d'évaluation qui correspondrait le mieux aux attentes des parties concernées: l'organisation, les agences de réglementation, les hauts responsables de la santé publique et les patients.

Cet article présente une brève vue d'ensemble et un historique de l'évaluation de la qualité en fonction de normes, et il fait une comparaison entre l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification (Tableau 1)—trois approches qui peuvent fournir les informations sur la qualité et les performances dont les décideurs ont besoin pour:

- maintenir et améliorer la qualité
- assurer la sécurité du public
- conférer une reconnaissance juridique aux professionnels de la santé qualifiés
- vérifier que les spécifications au niveau de la conception et de la maintenance soient respectées

Une approche de l'évaluation de la qualité se fondant sur les normes

En 1917, l'American College of Surgeons a établi un ensemble de normes minima pour les hôpitaux. Considérées comme le premier mécanisme d'évaluation externe en fonction des normes, et comme quelque chose d'assez controversé à l'époque, ces normes minima ont encouragé un processus d'examen professionnel par des pairs sur la base des résultats des soins, une approche qui est toujours utilisée aujourd'hui.

En 1951, l'American College of Surgeons s'est joint à plusieurs autres associations professionnelles pour former la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, le premier programme officiel d'agrément dans le domaine des soins. Trente ans plus tard, cet organisme d'agrément volontaire a changé de nom pour devenir la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations pour mieux refléter la portée plus large de son évaluation des soins. En plus des hôpitaux, cet organisme évaluait les maisons de repos, les agences de soins à domicile, les hospices, les dispensaires, les pharmacies, les organisations de soins coordonnés et les réseaux de soins de santé—soit plus de 17 000 organisations de soins agréées aux États-Unis.²

¹ Cet article est basé sur une publication du Projet d'Assurance de la qualité: *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality* par Anne Rooney et Paul R. van Ostenberg. Si vous souhaitez obtenir des copies de ce document, écrivez à: gapdissem@urc-chs.com ou téléphonez au: 001 301-941-8532.

² Des organismes d'agrément plus restreints se concentrent sur des domaines d'agrément particuliers (par exemple, le College of American Pathology qui agréé les laboratoires cliniques).



Tableau 1

Définitions: l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification

Processus	Organismes d'habilitation	Objet de l'évaluation	Éléments/critères	Normes
Agrément (volontaire)	Un organisme reconnu, habituellement une ONG	Une organisation	Respect de normes publiées, évaluation sur place; conformité non exigée par la loi et/ou les règlements	Fixées à un niveau maximum pouvant être atteint afin d'encourager des améliorations dans le temps
Autorisation d'exercer (obligatoire)	L'État	Un particulier	Règlements pour assurer des normes minima, examen ou preuve de l'éducation/compétences	Fixent un niveau minimum pour assurer un environnement où le risque est minimum du point de vue de la santé et de la sécurité
		Une organisation	Règlements pour assurer des normes minima, inspection sur place	
Certification (volontaire)	Un organisme agréé, soit public soit ONG	Un particulier	Évaluation de critères fixés d'avance, éducation/formation complémentaire, compétences démontrées dans une spécialité	Établies par des conseils nationaux soit professionnels soit pour des spécialités
		Une organisation ou un élément	Démonstration que l'organisation a des services, une technologie ou des capacités supplémentaires	Normes de l'industrie (par exemple, normes ISO 9000) qui évaluent la conformité avec les spécifications de la conception

Programmes d'agrément et aspects majeurs

Le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande sont au nombre des pays qui ont des programmes bien établis d'agrément des hôpitaux. Le Tableau 2 donne une vue d'ensemble de ces programmes ainsi que d'autres programmes d'agrément des hôpitaux à travers le monde, et il en compare les principaux aspects tels que les types de normes, le nombre d'hôpitaux agréés, l'existence ou non d'indicateurs, les sources de financement et la définition des domaines d'intervention.

Sur les 21 organisations d'agrément des hôpitaux figurant au Tableau 2, environ un tiers élaborent des normes pour les structures, les processus et les rendements. La plupart des deux tiers restants établissent des normes pour les structures et les processus. Seules quelques organisations se limitent à fixer uniquement des normes relatives aux processus et aux rendements.

Pour financer leurs activités, la grande majorité des organisations perçoivent des honoraires. Leurs autres revenus proviennent notamment de cotisations, de la vente de publications, de programmes de formation, de dons, d'honoraires pour des travaux de consultants et de l'État. Près de trois organisations sur quatre limitent la portée de leurs évaluations (par exemple, aux hôpitaux, aux services de rééducation, aux hôpitaux communautaires, aux spécialistes médicaux, aux CHU, aux soins infirmiers, et aux hôpitaux de rééducation et soins médicaux).

Approches de l'évaluation de la qualité des soins

Les trois approches principales pour l'évaluation de la qualité des soins—agrément, autorisation d'exercer et certification—utilisent des normes pour déterminer le niveau de qualité atteint par un individu ou une



organisation. Le choix de l'approche ou de la combinaison d'approches appropriées exige une analyse approfondie et une hiérarchisation des besoins des utilisateurs. Le système le plus efficace, même avec ses limitations, peut générer des données objectives sur la qualité pour:

- permettre des comparaisons de performances entre les secteurs public et privé et une supervision plus appropriée de l'État sur le secteur de la santé
- adapter la prestation des services de santé à de nouveaux contextes en surveillant l'accès, la qualité et les risques
- déterminer si un taux de couverture fixé d'avance pour des services préventifs est atteint
- assurer une utilisation et une répartition efficaces des ressources de santé
- identifier et créer des centres d'excellence (par exemple, des établissements qui peuvent fournir un plus grand volume de services, une plus grande efficacité et des coûts moindres par cas)
- intégrer les structures et les services de plusieurs organisations pour améliorer la coordination et l'efficacité des soins et réduire les coûts administratifs

Agrément

Contrairement à la délivrance d'une autorisation d'exercer qui est axée sur le respect de normes minima visant à garantir la sécurité du public, l'agrément se concentre sur des stratégies d'amélioration continue, l'obtention de normes optimales de qualité, la formation et la consultation continues. Les programmes d'accréditation efficaces ont des missions bien précises; une infrastructure définie d'avance et la responsabilité d'un programme; une participation des professionnels de la santé à

l'élaboration et à l'interprétation de normes; et des normes pertinentes, objectives et mesurables. Un programme d'accréditation fort:

- encourage les professionnels à chercher en permanence à améliorer la qualité en dépit de ressources limitées
- fournit une gestion soutenue des opérations de terrain (par exemple, le choix et la formation d'examineurs qui sont des confrères, la supervision et la formation continue des enquêteurs, etc.)

Le seuil minimum pour décider si l'organisation de soins sera agréée ou non doit se baser sur des règles déterminées d'avance qui sont régulièrement appliquées pour que le programme d'agrément garde sa crédibilité et la confiance du consommateur.

- veille à ce que le processus soit juste, valable et crédible
- établit une base de données d'informations relatives aux agréments pour déterminer le respect des dispositions, pour cerner les domaines où il y a des problèmes, ou pour faire ressortir les possibilités d'amélioration

Les normes d'agrément, qui sont habituellement élaborées par un consensus entre experts de la santé, reflètent les idées les plus en pointe dans le domaine de la

qualité des soins de santé, des avancées au plan des techniques et des traitements, et des changements dans la politique sanitaire. Agencées selon des processus ou des fonctions d'organisation clés (par exemple, l'évaluation d'un patient ou la gestion des ressources humaines), ou selon des départements (par exemple, services pharmaceutiques et services de soins infirmiers), les normes d'agrément apportent aux organisations de soins de santé une manière systématique d'organiser le fonctionnement pour parvenir à une efficacité et une efficacité maximale un principe fondamental de l'assurance de la qualité. La plupart des organismes d'agrément des soins utilisent diverses stratégies d'évaluation pour déterminer la conformité, la performance et la qualité des soins:

- l'examen de documents et de dossiers
- les entretiens
- les observations
- les évaluations des résultats
- les inspections des établissements

Les équipes d'évaluation constituées d'inspecteurs ou d'enquêteurs qui sont des confrères visitent les établissements, soit après avoir annoncé leur venue soit à l'improviste, pour évaluer le respect des normes d'agrément. Les visites annoncées assurent une plus grande participation au processus, bien qu'elles donnent le temps aux organisations d'améliorer les apparences en surface, ce qui peut rendre plus difficile la tâche de déterminer quelles sont les pratiques habituelles et comment fonctionne normalement l'établissement. Une fois l'évaluation achevée, une appréciation est formulée pour l'agrément (avec recommandation ou sans recommandation par exemple).

Pour qu'un programme d'agrément soit florissant, il conviendrait que les décideurs se penchent sur la question de sa durabilité ou de sa viabilité financière et de faire appel à des sources de financement pour chaque étape du programme. Des incitations financières, par exemple, peuvent aider à maintenir le programme, récompenser des organisations pour leurs performances supérieures et stimuler l'engagement des professionnels.

Autorisation d'exercer

Établies pour protéger la santé et la sécurité du public, les normes pour obtenir l'autorisation d'exercer portent sur des exigences juridiques ou des qualifications minima que doivent satisfaire les professionnels et les organisations de la santé pour pouvoir fonctionner. Elles garantissent aussi l'adoption appropriée de nouvelles pratiques médicales et fournissent un cadre pour apporter des changements aux pratiques existantes.

Les programmes d'admission à l'exercice pour les praticiens impliquent l'examen des titres, l'inspection des programmes d'enseignement, la validation des qualifications professionnelles, l'octroi réciproque de permis d'exercice aux candidats d'autres pays, la publication de règlements fixant des normes pour l'exercice de la profession, et des enquêtes sur les allégations de non respect des normes.

Aux États-Unis, la Federation of State Medical

Boards et les conseils qui en sont membres utilisent un document intitulé *A Guide to the Essentials of a Modern Medical Practice Act* qui contient des concepts et des énoncés pour établir ou pour améliorer les mécanismes de contrôle des médecins ou des actes médicaux. Les sujets couverts sont notamment:

- les examens
- les conditions pour être admis à l'exercice sans restrictions

De nombreux pays ont un système d'autorisation d'exercer. Toutefois, en raison de financements insuffisants et d'une mauvaise supervision, les inspecteurs du système se concentrent généralement sur le respect, par un individu ou une organisation, d'un minimum de règles et ils ne consultent pas, n'éduquent pas ou ne communiquent pas les méthodes les plus pertinentes pour le respect des normes et l'amélioration des procédures et des processus.



Tableau 2

Comparaison entre diverses organisations d'agrément des hôpitaux

Pays	Organisme d'agrément	Types de normes	Nombre d'hôpitaux agréés	Indicateurs élaborés	Sources de financement	Portée limitée?
États-Unis	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	Structure, processus, et résultats	5155	Oui	Frais d'enquête, publications, programmes de formation, et services de consultants	Non
États-Unis	American Osteopathic Association	Structure, processus, et résultats	400	Non	Frais d'enquête	Oui, hôpitaux
États-Unis	Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities	Structure, processus, et résultats	700-800	Proposés	Frais d'enquête, publications, et formations	Oui, services de rééducation
Canada	Conseil canadien d'agrément des services de santé	Processus et résultats	502 (1996)	Proposés pour 2000	Cotisations et frais d'enquête	Non
Royaume-Uni	Health Services Accreditation	Structure, processus, et résultats	Inconnu	Oui	Frais d'enquête ou dons	Oui, départements d'hôpitaux
Royaume-Uni	Kings Fund Organizational Audit	Structure et processus	79 (1994)	Non	Frais d'enquête et publications	Oui, hôpitaux
Royaume-Uni	Southwestern Hospital Accreditation Program	Structure et processus	67 (1994)	Non	Dons, frais d'enquête, services de consultants, et publications	Oui, hôpitaux communautaires
Pays-Bas	Organisation nationale pour l'assurance de la qualité dans les hôpitaux	Structures et processus				Oui, spécialistes médicaux
Pays-Bas	Institut néerlandais voor Accreditation van Ziekenhuizen	Structures et processus	18	Non	Frais d'enquête	Oui, hôpitaux
Australie	Australian Council on Healthcare Standards	Structures et processus	203 (1994)	Oui	Frais d'enquête, publications, et formations	Non



Tableau 2 (suite)

Comparaison entre diverses organisations d'agrément des hôpitaux

Pays	Organisme d'agrément	Types de normes	Nombre d'hôpitaux agréés	Indicateurs élaborés	Sources de financement	Portée limitée?
Nouvelle-Zélande	Health Accreditation Programme for New Zealand	Structure et processus	115 (1997, tous services)	Proposés	Cotisations (1998)	Non
Taïwan	Ministère de la Santé	Structure, processus, et résultats	525	Oui	État	Oui, hôpitaux
Japon	Conseil pour la qualité des soins de santé		79			Oui, hôpitaux communautaires
Corée	Commission conjointe pour l'accréditation des hôpitaux	Structure et processus	131	Oui	Frais d'enquête	Oui, hôpitaux universitaires
Corée	Programme d'évaluation des performances des hôpitaux	Structure et résultats	96			Oui, hôpitaux
Chine	Comité d'évaluation des hôpitaux		1,086 (1991)			Oui, hôpitaux et hôpitaux universitaires
Afrique du Sud	Council for Health Service Accreditation of South Africa	Structure, processus, et résultats	40	Proposés	Frais d'enquête	Non
République tchèque	Commission conjointe d'agrément	Structure, processus, et résultats	13	Oui	Frais d'enquête	Oui, hôpitaux
Kirghizistan	Ministère de la santé	Structure, processus, et résultats		Non	Frais d'enquête, soutien de l'organisation des membres du conseil, autres	Oui, hôpitaux
Lituanie	Services d'agrément officiel de l'État par le Ministère de la santé	Structure et processus	53	Non	Ministère de la santé et frais d'enquête	Oui, soins infirmiers, rééducation et hôpitaux dispensant des soins médicaux



- la délivrance d'autorisations temporaires ou spéciales
- des mesures disciplinaires contre les praticiens ayant été admis à l'exercice
- des procédures applicables aux praticiens inaptes ou incompetents
- la pratique illégale de la médecine
- le renouvellement périodique de l'inscription

Les hôpitaux et les établissements de soins doivent avoir une autorisation pour pouvoir dispenser des soins ou des services aux patients. Les pouvoirs publics ou les autorités chargées du contrôle délivrent des autorisations aux établissements qui satisfont des niveaux bien définis de qualité ou qui fournissent certains services (par exemple, chirurgie, examens radiologiques, soins infirmiers 24 h sur 24, services pharmaceutiques, analyses). Dans certains secteurs des États-Unis, un hôpital ou un centre de santé peut être tenu de démontrer l'existence d'un besoin avant d'obtenir l'autorisation de fournir un service particulier.

Certification

La certification, qui se différencie de l'agrément par le fait qu'elle s'applique tant à des particuliers qu'à des organisations, implique une autorité reconnue ou des conseils qui reconnaissent les compétences d'individus ayant démontré des connaissances et des compétences spécialisées, ainsi que les compétences d'organisations qui sont aptes à pratiquer dans un domaine ou une spécialité particuliers.

Aux États-Unis, l'American Board of Medical Specialities (ABMS) et l'American Medical Association Council on Medical Education (AMA/CME) passent en revue et approuvent les conseils des spécialités médicales et s'emploient à standardiser leurs approches. Les deux organisations suivent aussi une démarche rigoureuse pour les demandes et l'évaluation de conseils dans les spécialités médicales nouvelles (par exemple, l'American Board of Medical Genetics).

La plupart des conseils des spécialités médicales exigent un renouvellement périodique de la certification, habituellement tous les 7 à 10 ans, pour une évaluation

continue de l'expérience, des compétences, des capacités, des performances et des résultats cliniques. Si un individu ne satisfait pas aux normes, la certification peut lui être retirée. La vérification des performances ne comporte pas toutefois une évaluation des processus de soins ni des résultats pour le patient.

Ces dernières années, les organisations professionnelles, telles que l'American Medical Association, par le biais de son American Medical Accreditation Program, ont commencé à évaluer les praticiens sur leur lieu de travail. Ce mécanisme d'évaluation volontaire, basé sur les normes, complète la certification formelle des spécialités médicales. Les examinateurs effectuent une évaluation des titres et des qualifications, des conditions réelles de pratique, de l'environnement des soins, des processus cliniques et des résultats pour les patients.

Pour les organisations, le fait de ne pas disposer d'une certification convenable peut avoir une incidence sur les financements, le remboursement des services de santé et sur leur reconnaissance juridique. La certification atteste de l'aptitude des organisations à pratiquer ou à dispenser des services de qualité dans un domaine spécialisé.

Résumé

L'intérêt accru que suscite l'évaluation de la qualité des services de santé et les attentes de plus en plus grandes des communautés et des consommateurs des pays développés comme des pays en développement pour ce qui est de la qualité créent un climat unique pour les administrateurs de soins de santé, les décideurs et les responsables des politiques des échelons supérieurs. Ils doivent s'appuyer sur des stratégies qui peuvent affecter le fonctionnement au quotidien des organisations de soins et assurer une meilleure prestation de services. L'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification leur apportent les données objectives dont ils ont besoin à cette fin. Chaque approche, convenablement adaptée aux besoins, peut conduire à une plus grande disponibilité et de meilleurs services de santé, faisant ainsi baisser les coûts pour les patients et renforçant les systèmes de prestation des soins de santé.





Joint Commission International Accreditation

Mettant à profit son expérience de l'agrément des organisations de soins de santé aux États-Unis, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations a pris l'initiative d'un programme international d'agrément en 1998. Un groupe d'étude international représentant toutes les régions du monde a été réuni pour émettre des recommandations sur le processus d'élaboration de normes. Le groupe d'étude a soumis des normes préliminaires à des experts internationaux pour déterminer si elles étaient applicables à un contexte international de soins de santé; ces normes ont ensuite été testées à titre pilote dans plusieurs hôpitaux d'Amérique latine, d'Europe et du Proche-Orient.

Le programme de la Joint Commission International Accreditation (JCIA) est devenu pleinement opérationnel vers la fin de 1999. L'agrément peut être sollicité soit par un hôpital à titre individuel soit par un organisme d'agrément dans un autre pays désireux d'établir un partenariat avec la JCIA pour proposer une accréditation conjointe à partir d'une gamme complète ou modifiée de normes de la JCIA.

Les normes définitives représentent les processus ou les fonctions qui sont importants pour tout hôpital et elles sont assez flexibles pour être adaptées en fonction des besoins d'un pays présentant des caractéristiques uniques du point de vue culturel ou sanitaire.

Les normes de la JCIA, agencées selon des fonctions de soins des patients ou selon des fonctions de gestion, couvrent les fonctions ou les processus hospitaliers majeurs énoncés ci-dessous:

Normes axées sur le patient

- Accès aux soins et continuité des soins
- Droits des patients et des familles
- Évaluation des patients
- Soins aux patients
- Éducation des patients et des familles

Normes pour la gestion des organisations de soins

- Gestion et amélioration de la qualité
- Gouvernance, leadership et direction
- Gestion et sécurité de l'établissement
- Qualification et formation du personnel
- Gestion de l'information
- Prévention des infections et lutte contre les infections

Des renseignements complémentaires sur la JCIA et les normes internationales afférentes aux hôpitaux peuvent être obtenus en contactant la JCIA, One Lincoln Centre, Suite 1340, Oakbrook Terrace, IL 60181. Téléphone: 001-630-268-7400.



Conférence régionale conjointe sur l'amélioration de la qualité

Joanne Ashton, RN, MN

Conseiller senior AQ, Joint Commission Resources

CINQUANTE-DEUX délégués de 19 pays d'Amérique latine ont participé à une conférence régionale à Bogota, en Colombie, en mai 1999. Cette conférence, organisée par le Projet d'Assurance de la qualité (PAQ) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPAS) avait pour but d'étudier les différences entre l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification dans le contexte de l'amélioration de la qualité. Des délégués de Ministères de la santé de pays d'Amérique latine, de l'Association des hôpitaux d'Amérique latine, d'associations de médecins et de personnel infirmier, de la Banque mondiale, de la Banque interaméricaine de développement, du PAQ et de son partenaire Joint Commission Resources (JCR) ont étudié des options, des stratégies et des outils pour l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification. Ils ont également identifié les rôles connexes de l'État, des entités financières et des fournisseurs de soins de santé dans la mise en oeuvre de ces processus. Ils ont aussi formulé des conclusions et des recommandations pour l'application de ces approches d'amélioration de la qualité en Amérique latine.

Exposés généraux

Le Dr. Daniel López Acuna (OPAS) a ouvert la conférence en proposant que la qualité soit définie en fonction de la satisfaction des besoins et des attentes des clients concernant l'amélioration des processus de soins. Il a suggéré que la qualité soit l'objectif primordial du secteur politique des soins de santé. Le Dr. Acuna a indiqué que les principaux défis auxquels se heurtent les programmes d'amélioration de la qualité comprennent la coordination des services et des ressources, la formation professionnelle et la certification continues, la définition d'un processus d'évaluation de la technologie sanitaire, et la médecine basée sur les preuves.

Le Dr. Jorge Hermida (PAQ) a souligné l'importance de la maîtrise de la qualité totale en partant du principe que

tous les éléments du processus de gestion devraient être axés vers la qualité telle qu'elle est définie par le client. Un programme de qualité a été défini en terme de contrôle de la qualité, d'amélioration de la qualité et de conception de la qualité.

Le Dr. Hermida a passé en revue divers besoins des patients (tant internes qu'externes) qui affectent leur perception de la qualité, notamment les relations interpersonnelles, l'accès aux services, les mesures du confort, la compétence technique, l'efficacité et l'efficience. L'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification ont été identifiés comme étant des méthodes permettant de générer et de mesurer des preuves pour appuyer le processus d'assurance de la qualité.

Agrément

Les modèles d'agrément en vigueur au Canada et aux États-Unis ont été présentés. Le Dr. Elma Heideman (CCASS) a décrit l'expérience canadienne et a souligné l'importance d'une philosophie de soins axée sur le patient, l'amélioration de la qualité et la santé communautaire. Les normes de compétence, les systèmes d'information et un leadership fort ont été identifiés comme étant des éléments essentiels de tout programme d'agrément. Le modèle d'agrément canadien est orienté sur l'atteinte d'indicateurs et le respect de normes pour réduire les risques. Les rapports d'agrément sont soumis aux organisations évaluées, ainsi qu'aux autorités de l'échelon national et provincial. Ils couvrent la gestion des risques, les forces, les faiblesses et ils comprennent des recommandations. Le programme d'agrément canadien met l'accent sur l'établissement de normes d'agrément, l'aide aux organisations pour qu'elles fassent un suivi de leurs résultats et l'agrément des institutions.

M. James Janeski (JCR) et le Dr. Paul van Ostenberg (JCR) ont présenté la démarche d'agrément utilisée par



la Joint Commission of Accreditation of Hospitals aux États-Unis. Ils ont souligné que l'élaboration de normes doit être un processus participatif entre les enquêteurs et les professionnels de la santé, et que la réalisation d'enquêtes doit être confiée à des experts qui ont de solides connaissances et savent faire preuve de diplomatie. Ils ont aussi souligné que les normes établies par le processus d'agrément sont longues à mettre en oeuvre et exigent une préparation institutionnelle. L'agrément n'est pas un but final mais un processus dynamique qui s'inscrit dans le cadre de l'avènement d'une culture de la qualité. L'agrément différencie une institution des autres et la met ainsi en meilleure position de fournir des services de santé de qualité.

Certification

Le Dr. William Jessee (AMA) a présenté dans leurs grandes lignes les principaux éléments de la certification professionnelle aux États-Unis. Premièrement, la certification n'est pas du ressort des pouvoirs publics; l'agence d'exécution est habituellement une organisation privée. Les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé veulent être certifiés pour établir leur crédibilité dans une spécialité telle que les soins critiques. En conséquence, la certification a un caractère volontaire et elle se situe en dehors des processus formels d'instruction et d'admission à l'exercice. Habituellement, la certification implique un examen dans une spécialité les frais étant à la charge du candidat. Le Dr. Jessee a décrit certaines faiblesses de la certification (par exemple, les examens mesurent les connaissances mais pas les compétences techniques du praticien). Une fois qu'un praticien est certifié, il est possible qu'on attache davantage d'importance à son "pedigree" qu'à ce qu'il accomplit dans l'exercice de sa profession. En outre, les intervalles entre les renouvellements de la certification sont longs.

Le Dr. Jessee a également décrit un nouveau programme d'agrément des médecins à l'initiative de l'American Medical Association. Ce programme exige des médecins qu'ils satisfassent les normes relatives aux qualifications personnelles, à l'environnement des soins, aux processus de soins cliniques et aux résultats des soins prodigués aux patients.

Les exposés résumés

- Dr. Daniel López Acuna, Organisation panaméricaine de la santé, *General Framework on Quality Assurance and Quality Improvement Programs in the Region of the Americas*
- Dr. Jorge Hermida, Projet d'Assurance de la qualité, *Principles and Framework of Quality Assurance*
- Dr. Elma Heideman, CCASS, *CCA Program in Canada*
- M. James Janeski et Dr. Paul van Ostenberg, Joint Commission Resources, *General Vision on Accreditation*
- Dr. William Jessee, American Medical Association, *Certification*
- Dr. Joëlle Lescop, Collège des médecins du Québec, *Licensure in Canada*

Autorisation d'exercer

Le Dr. Joëlle Lescop (Collège des médecins du Québec) a décrit la démarche pour l'obtention d'une autorisation d'exercer au Canada. La délivrance d'un permis d'exercice intervient après l'attribution d'un diplôme universitaire et après avoir satisfait aux conditions requises pour une spécialité. Le praticien passe non seulement un examen pour mesurer ses connaissances mais il doit également prouver ses compétences cliniques durant une période de cinq jours de pratique effective. Le système canadien est unique dans la mesure où l'État prend en charge les frais et qu'une base de données est tenue pour permettre aux pouvoirs publics de localiser chaque professionnel. L'État est donc en mesure de suivre les médecins et leurs performances. L'État réglemente aussi l'enseignement, détermine les niveaux de revenus et fixe des plafonds annuels pour le nombre de praticiens qui peuvent opter pour une spécialité.

Conclusions

Plusieurs conclusions importantes peuvent être tirées des informations présentées ainsi que des discussions en



petits groupes. En général, les participants ont estimé que les systèmes de prestation de services de santé varient d'une région du monde à l'autre, de même que les processus politiques des réformes de la santé et les méthodes d'assurance de la qualité. On a donc conclu que le contexte social, culturel et politique d'un pays devrait être pris en compte avant de concevoir un programme de qualité, tout en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et intermédiaires.

En outre, les participants ont estimé que les propositions pour des améliorations qualitatives devraient être exhaustives afin d'englober l'agrément, l'autorisation d'exercer et la certification. L'agrément volontaire a été considéré comme l'approche la plus raisonnable pour encourager la participation du client et promouvoir et établir des normes. Pour avoir un maximum d'efficacité, le processus d'agrément devrait être conçu par les pays eux-mêmes et adapté à leurs besoins et à leurs ressources. L'agrément serait une approche pertinente de l'assurance de la qualité, pas seulement dans les hôpitaux, mais aussi pour tous les établissements de soins à l'intérieur du système des services.

La plupart des pays ont un système de normes pour l'octroi aux praticiens d'une autorisation leur permettant d'exercer, toutefois ce processus est purement bureaucratique et il n'évalue pas la qualité, les connaissances ou les compétences d'un praticien. L'admission à l'exercice devrait rester du domaine de l'État qui est légalement habilité à le faire et qui peut tenir une base de données pour faciliter le contrôle de la qualité. On n'a toutefois pas formulé de mesures objectives pour évaluer l'impact du processus. Il faut mentionner aussi des différences entre pays pour ce qui est des normes d'homologation des établissements (des hôpitaux par exemple).

Les procédures de certification varient également selon les pays. Une définition universelle et des processus de certification seraient utiles pour tous les pays d'Amérique latine. Malheureusement, les incitations à la certification sont avant tout économiques. Les spécialistes certifiés se verront sans doute envoyer plus de patients et leurs revenus seront donc plus élevés. Il serait préférable que la certification se concentre sur l'assurance de la qualité des soins plutôt que de créer une concurrence entre professionnels.

Recommandations

Après avoir consacré deux journées à l'échange d'informations, les participants se sont divisés en quatre petits groupes qui ont étudié des sujets particuliers—l'agrément, l'autorisation d'exercer, la certification et le rôle de l'État. Ces groupes ont formulé les recommandations suivantes qui ont été débattues durant la table ronde finale:

- Créer un plan national pour assurer la qualité des services de santé et pour en faire une priorité
- Définir un cadre juridique qui renforce l'application correcte des normes
- Inclure un mécanisme pour incorporer les avancées scientifiques et technologiques (c'est-à-dire la médecine basée sur des preuves) dans les soins médicaux
- Inclure la certification, l'autorisation d'exercer et l'agrément des prestataires de soins (individus et institutions) dans le processus d'amélioration de la qualité et dans le plan national pour des services de santé
- Développer une culture de la qualité
- Renforcer la déontologie professionnelle et inclure les droits humains
- Renforcer la formation professionnelle continue
- Préparer un glossaire des termes de qualité pour la région
- Établir une approche intégrée pour mesurer la qualité
- Prendre en compte les différences culturelles et ethniques dans l'élaboration de processus
- Mettre en place des mesures d'incitation pour promouvoir et renforcer les processus
- Promouvoir la participation des sociétés scientifiques, des associations, des éducateurs et des autorités sanitaires
- Établir la certification et l'évaluation de programmes éducatifs pour les professionnels de la santé





Élaboration d'un programme d'agrément des hôpitaux: l'expérience zambienne

Dr. Mwendaweli Maboshe et Mme Joyce Tembo, Central Board of Health of Zambia

Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directeur exécutif, Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.

LA Zambie, un pays en développement de neuf millions d'habitants situé en Afrique australe, est confrontée à de nombreux défis au plan de la santé: des ressources très limitées, une pauvreté généralisée, la montée du chômage, des maladies d'origine hydrique (comme le choléra et la dysenterie), la tuberculose et la pandémie du VIH/SIDA qui dévaste la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En réponse à ces énormes défis, la Zambie a mis en route un vaste effort de réforme de la santé au milieu des années 90 qui s'est traduit par une restructuration de la planification et du financement de ce secteur, ainsi que par un monitoring et une évaluation des établissements et des fonctions. À l'appui de cet effort de réforme, sous l'égide et avec l'assistance technique du Projet d'Assurance de qualité (PAQ), la Zambie a lancé en 1997 une initiative nationale pour améliorer la qualité et l'agrément.

En raison du manque de normes ou de règlements pour la performance et l'évaluation de la majorité des quelque 80 hôpitaux du pays, les responsables sanitaires zambiens ont estimé que la création d'un mécanisme pour l'élaboration de normes et l'évaluation des hôpitaux était prioritaire dans le cadre de la réforme. Pour faciliter la formulation de normes et la conception d'un programme d'agrément, un groupe consultatif multidisciplinaire, le Zambia Health Accreditation Council (ZHAC), a été créé comme première étape.

Le ZHAC a été activement associé à l'élaboration et à la validation sur le terrain de normes préliminaires qui ont identifié 13 domaines fonctionnels clés pour chaque hôpital (Figure 1), ainsi que 49 normes de performance et critères mesurables s'y rapportant. La Figure 2 présente un échantillon de normes de performance et de critères mesurables connexes pour le volet des admissions et de l'évaluation. La série de normes préliminai-

res a ensuite été communiquée à tous les hôpitaux et associations professionnelles de la santé à travers toute la Zambie dans le cadre d'un processus d'élaboration d'un consensus appelé "examen sur le terrain". Les réponses des examinateurs ont été largement favorables à l'adoption des normes, avec certaines modifications.

À la suite de l'examen sur place, les normes ont été révisées et un processus préliminaire d'enquête a été élaboré et validé sur le terrain dans des hôpitaux de différentes dimensions et types, allant d'un hôpital de mission de 100 lits dans un village à un hôpital universitaire de 1 800 lits, à Lusaka, la capitale. La méthodologie d'enquête a compris une combinaison d'entretiens avec des responsables, des patients et du personnel; des inspections des locaux et de l'équipement; et un examen des dossiers cliniques. Tous les aspects de hôpital soins prodigués aux patients, bloc opératoire, laboratoire, pharmacie, service de radiologie, cuisines, blanchisserie et fournitures de produits stériles sont compris dans l'enquête d'agrément de l'établissement. Étant donné que les ressources du pays sont limitées et que relativement peu de politiques et procédures sont officiellement consignées par écrit dans la plupart des hôpitaux zambiens, l'enquête a consisté essentiellement à évaluer les processus et les résultats des soins par l'observation et par des entretiens.

La Cellule de monitoring et d'évaluation du Conseil central de la santé, opérant sous la direction du Ministère de la santé, administre actuellement le programme d'agrément des hôpitaux. Des inspecteurs d'agrément ont été choisis et formés. Ce groupe comprend des médecins, des agents cliniques, du personnel infirmier, des dentistes, des pharmaciens et des techniciens médicaux. Une équipe de trois experts a été affectée à la réalisation d'enquêtes sur place dans les hôpitaux. Tous



les nouveaux inspecteurs assistent à un cours didactique de trois jours sur les normes et le processus d'enquête; suivi d'un stage dans plusieurs hôpitaux, avant d'être affectés à la réalisation d'une enquête par eux-mêmes.

Les normes et le processus d'enquête sont conçus pour aider les responsables et le personnel des hôpitaux à hiérarchiser leurs ressources, les améliorations nécessaires et les financements. Les principaux aspects fonctionnels ayant besoin d'améliorations, selon les premières enquêtes, étaient les suivants:

- les supports généraux de l'infrastructure hospitalière (par exemple, l'entretien des bâtiments et du matériel)
- la disponibilité de fournitures adéquates (par exemple, savon, gants, réactifs, films de radiographie, matériel médical) et de médicaments essentiels
- la documentation des processus normalisés ou des politiques et procédures de soins, des services de laboratoire, services radiologiques et pharmaceutiques
- les pratiques, les politiques et les méthodes de lutte contre les infections, et la surveillance
- d'autres éléments annexes en rapport avec les soins (par exemple, la sécurité en matière d'incendie et la préparation à d'éventuelles catastrophes)
- des effectifs appropriés et compétents pour administrer des soins exempts de risques

Bien que la Zambie, à l'instar des autres pays en développement ait des ressources très limitées, les responsables de ses hôpitaux et les principaux intéressés, y compris le Ministère de la santé, estiment que de

nombreuses améliorations sont possibles dans les processus de prestation de soins et ils pensent que les normes contribueront à établir des priorités dans la répartition des ressources et dans la planification.

En 1998 et durant la première moitié de 1999, des enquêtes consulatives ont été menées dans tous les

hôpitaux zambiens dans le cadre d'un vaste effort d'éducation et de consultation sur le terrain. La "sortie d'usine" définitive du programme d'agrément qui assurera la diffusion des décisions en matière d'agrément et des conclusions écrites était prévue pour la deuxième moitié de 1999. Dans le cadre du volet de recherche opérationnelle du PAQ, une étude d'impact portant sur plusieurs années est en cours de réalisation afin de mesurer la performance des normes pour une série d'hôpitaux de la même cohorte, choisis au hasard dans le temps, et les améliorations seront notées.

En plus du suivi du respect des structures définies et des processus identifiés dans les normes d'agrément, les hôpitaux des mêmes cohortes seront évalués pour percevoir les améliorations des résultats pour les patients et l'organisation que pourraient apporter les proces-

sus d'amélioration (par exemple, le recul des taux d'infection nosocomiales ou une plus grande satisfaction des patients). L'étude sera l'une des premières du genre à mesurer l'impact des normes organisationnelles et d'agrément sur les améliorations de la fourniture de soins de santé, et on peut espérer qu'elle fournira une information utile pour contribuer à la formulation de réformes sanitaires et d'initiatives d'amélioration similaires dans d'autres pays en développement.

Figure 1

Principaux domaines fonctionnels des normes d'agrément des hôpitaux zambiens

- Admission et évaluation
- Services d'analyse
- Services de radiographie
- Services de pharmacie
- Soins aux patients
- Droits des patients
- Continuité des soins
- Environnement des soins
- Lutte contre les infections
- Leadership
- Assurance de la qualité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion de l'information



Figure 2

Domaines fonctionnels: admission et évaluation

La démarche qui est appliquée pour l'admission des patients à hôpital se fonde sur les besoins évalués des patients.

Déclaration d'intention: L'ordre dans lequel les patients sont examinés pour être admis est déterminé par le niveau de leurs besoins. Les patients qui ont des besoins immédiats ont priorité pour être évalués et traités. L'hôpital conçoit et applique une démarche efficace et efficiente pour admettre les patients en prenant en compte les éléments suivants:

Score				
	Exécuté	Partiellement exécuté	Non exécuté	Sans objet
a				a) Le processus d'enregistrement est effectué.
b				b) Les patients ayant des besoins immédiats sont classés par ordre de priorité pour être évalués et traités.
c				c) Il y a une norme pour vérifier le temps d'attente des patients dans le service des consultations externes et aux admissions.
d				d) La communication de l'information entre les services et le personnel impliqué dans les soins.
e				e) Les tests de diagnostic sont complétés ponctuellement.
f				f) Tous ces processus sont documentés dans les politiques et procédures et sont standardisés à l'intérieur de hôpital.

Sources des informations:

1. Entretiens avec le personnel clinique et non clinique qui est impliqué dans le processus d'enregistrement
2. Observation de l'espace d'accueil
3. Entretiens avec les patients et les familles
4. Dossiers des patients

L'approche de la Zambie pour l'application de l'assurance de la qualité à son système hospitalier est unique pour un pays en développement confronté à des problèmes sanitaires et sociaux aussi énormes. Le modèle zambien d'agrément des hôpitaux, s'il réussit à

normaliser les processus des soins en milieu hospitalier et à améliorer les résultats en terme de santé, pourrait servir de modèle pour d'autres pays du monde.





L'autoréglementation des hôpitaux: une initiative du secteur privé à Mumbai, en Inde

*Sunil Nandraj, Chargé de recherches senior
Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT)*

LA question de la qualité des services de santé revêt une dimension particulière dans les pays dont les ressources sont limitées. Dans de tels cas, le secteur privé, qui fournit souvent des soins de santé d'une qualité douteuse et dont certaines fonctions échappent au contrôle et à la responsabilité des autorités, domine le secteur des soins de santé. De nombreux pays sous ajustement structurel ont des politiques qui appuient et encouragent une participation accrue du secteur privé à la prestation de services de soins. En conséquence, les ministères de la santé se sont efforcés de trouver des voies et moyens pour s'assurer que le "privé" dispense des soins de qualité (par exemple, la mise en oeuvre d'une législation relative aux hôpitaux¹, la modification des normes pour les hôpitaux, l'établissement de mécanismes d'agrément, l'instauration de programmes d'AQ² et l'implantation d'établissements de soins).

Le scénario décrit ci-dessous est semblable à la situation qui prévaut en Inde. Des études récentes montrent que de 60 à 70 pour cent des patients ambulatoires et de 40 à 50 pour cent des patients hospitalisés font appel au secteur privé qui représente de 4 à 5 pour cent du produit intérieur brut. Mais trop souvent, les services offerts par les organismes de soins privés se caractérisent par des prescriptions excessives, des injections inutiles, des examens excessifs et des coûts prohibitifs. Étant donné que la majorité des États indiens n'ont pas de réglementation qui régit les hôpitaux privés, il y a en réalité une absence de suivi et de responsabilité pour la plupart des hôpitaux.

Pour remédier au problème, l'Inde examine différentes méthodes pour dispenser et suivre la qualité des services de soins privés, notamment la viabilité d'une autoréglementation des hôpitaux privés par un système d'agrément.

D'août 1997 à juin 1998, Mumbai a évalué et documenté les besoins et les opinions des diverses parties concernées (propriétaires et administrateurs d'hôpitaux, spécialistes et associations de consommateurs, fonctionnaires de l'État, compagnies financières et d'assurance, et patients) à propos de l'éventuelle création d'un organisme d'agrément pour les hôpitaux privés. Un certain nombre d'outils, dont des questionnaires envoyés par courrier, un schéma d'entretien semi-structuré et deux ateliers ont généré des données quantitatives et qualitatives.

L'étude a attiré l'attention sur les points d'accord et de désaccord entre les parties concernées mais a noté qu'il y avait un consensus général sur le besoin et le désir d'avoir un organisme d'agrément. La plupart des intéressés estimaient que les propriétaires des hôpitaux, les consommateurs et le gouvernement devraient jouer un rôle de premier plan dans la création d'un tel organisme. Elles sont aussi convenues que l'organisme devrait évaluer et aider les hôpitaux à maintenir et à renforcer des normes pour permettre une amélioration continue de la qualité. Les personnes interrogées pensaient généralement que l'organisme d'agrément devrait effectuer un suivi de la satisfaction des consommateurs concernant les aspects physiques des centres de santé, le matériel médical, les qualifications et le nombre des employés, le type de traitement et les soins de suivi.

¹ Jusqu'à récemment, seuls les États de Maharashtra, Delhi et Bengale-Occidental avaient une réglementation afférente au secteur hospitalier privé. En raison des pressions d'associations de consommateurs, plusieurs autres États (Tamil Nadu, Bihar, Pendjab, Manipur et Kerala) sont en train de se doter d'une telle législation.

² Le All India Institute of Medical Science, à New Delhi, travaille sur un programme d'AQ pour les hôpitaux. Il existe aussi un projet entrepris par quatre États (Andhra Pradesh, Bengale-Occidental, Pendjab et Karnataka) pour améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux secondaires.



Les parties concernées étaient également d'avis que ce forum devrait être un organisme sans but lucratif, que les hôpitaux devraient faire l'objet d'un classement selon des catégories, et que des évaluations internes devraient être réalisées par les hôpitaux participants (en prélude à l'évaluation par des équipes extérieures), et que l'organisme devrait accorder une reconnaissance et des récompenses aux hôpitaux en conformité avec les normes. Les opinions des parties concernées variaient sur plusieurs points: le monitoring du nombre des hôpitaux et des lits dans un secteur géographique particulier, les honoraires professionnels et la facturation de soins par les hôpitaux, la prise en compte des compensations accordées aux patients et la publication des conclusions des évaluations.

En réaction à ces conclusions sur les besoins des parties concernées et à l'intérêt accru suscité par la création d'un organisme d'agrément, Mumbai s'est doté d'un Forum pour les normes de soins de santé (FHS). Le FHS est constitué de représentants des propriétaires d'hôpitaux, d'organismes professionnels, d'associations de consommateurs, d'organisations non gouvernementales, d'associations d'infirmières/infirmiers et de délégués du gouvernement. Le FHS est actuellement en cours de formation mais il pourrait devenir ultérieurement un organisme crédible d'agrément sur la base d'un système de collaboration démocratique réagissant aux besoins de toutes les parties concernées en instaurant un dialogue ouvert. Idéalement, les participants doivent se mettre d'accord sur les aspects à renforcer, tout en oeuvrant de concert à la recherche de solutions.

Pour les hôpitaux ayant de 10 à 50 lits, le FHS participe à la formulation de normes pour la conception structurale, pour le matériel et les médicaments, notamment les salles, les salles d'accouchement, les blocs opératoires, les médicaments essentiels, les salles de réception, les salles de consultation, les vestiaires, les réserves, les dossiers médicaux et la gestion des déchets. Le FHS

envisage simultanément des questions en rapport avec les systèmes et les processus, notamment l'établissement d'un classement, les méthodes et la périodicité de l'évaluation et le financement de l'organisme, ainsi que d'autres aspects (tels que les indicateurs). Le forum prévoit par la suite de formuler des normes et des indicateurs de performance pour des spécialités et des superspécialités.

L'administration d'un système d'agrément n'est pas une alternative au rôle de l'État dans la réglementation des soins de santé mais c'est davantage pour l'État un rôle complémentaire de collaboration plus poussée, étant donné l'évolution actuelle des systèmes de soins. Les efforts en cours (qui sont considérés comme formatifs) à Mumbai montrent comment l'introduction de systèmes d'agrément dans de nombreux pays en développement peut améliorer la qualité des soins par des alliances et des partenariats. En outre, ils servent de modèle pour la mise en oeuvre d'un système d'agrément pratique, local et adapté aux préoccupations sanitaires uniques des pays pris individuellement³.

M. Sunil Nandraj *travaille comme Chargé de recherches senior au Center for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT) basé à Mumbai, en Inde.*

Pour obtenir des exemplaires de cette étude, envoyez un e-mail à: snandraj@hotmail.com.

Remerciements: L'auteur remercie Mme Anagha Khot et Mme Sumita Menon pour leur concours dans la réalisation de cette étude. Le Programme spécial de recherche et de formation en maladies tropicales de l'Organisation mondiale de la santé a pris en charge le financement.

³ L'auteur note que les conclusions continuent d'être diffusées dans d'autres parties du pays. Plusieurs États indiens ont indiqué qu'ils s'intéressent au travail effectué par la ville de Mumbai.



Cet article est basé sur l'expérience directe de l'auteur qui a conçu l'initiative de la ville de Mumbai, et sur les sources suivantes:

Duggal, R. avec S. Amin. 1989. *Cost of Health Care. Survey of an Indian District*, Bombay: Foundation for Research in Community Health.

George, A., I. Shah et S. Nandraj. 1993. *A Study of Household Health Expenditure in Madhya Pradesh*, Bombay: Foundation for Research in Community Health, Bombay.

Kannan, K.P., K.R. Thankappan, V. Raman Kutty et K.P. Aravindan. 1991. *Health and Development in Rural Kerela*, Kerela Shastriya Parishad, Thiruvananthapuram, Kerala.

Nandraj, S. 1994. "Beyond Law and the Lord: Quality of Private Health Care" *in* *Economics and Political Weekly*, 29(27): 1680-85, 2 juillet, Bombay.

Nandraj, S. et R. Duggal. 1996. *Physical Standards in the Private Health Sector. A Case Study of Rural Maharashtra*, Mumbai: Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Bombay.

NCAER (National Council of Applied Economic Research). 1992. *Household Survey of Medical Care*, NCAER, New Delhi.

NSSO. 1989. *National Sample Survey Organization (NSSO), Morbidity and Utilization of Medical Services*, 42nd Round, July 1986-June 1987, Report No. 364, Dept. of Statistics, GOI, New Delhi.

Quoi de neuf?

Conférences:

17^e Conférence internationale de l'International Society for Quality in Health Care. Du 13 au 16 septembre 2000. Royal College of Surgeons, Dublin, Irlande. Fax: 353-1-402-2458, ou bien envoyer un courrier électronique à l'ISQua: Conferences@rcsi.ie.

American Society for Quality, 54^e Congrès annuel et exposition sur la qualité. Du 8 au 10 mai 2000. Indiana Convention Center et RCA Dome, Indianapolis, Indiana, USA. <http://aqc.asq.org>.

Produits et publications:

"Quality: A Focus on Results" un profil de trois compagnies qui se sont engagées à une amélioration continue de la qualité. Ce document peut être obtenu gratuitement auprès de l'American Society of Quality: 800-248-1946.

Health Care Quality Review un recueil d'articles, de stratégies, d'études de cas et d'outils prouvés pour

la mise en oeuvre de programmes efficaces de qualité. Tél.: 800-655-5597; e-mail: customer.service@aspenpubl.com. Numéro de référence: 10678. 79 dollars US.

QCI International, éditeur de *Quality Digest*, envoie une revue électronique mensuelle gratuite intitulée "Timely Tips for Teams". Si vous souhaitez la recevoir, écrivez à l'adresse électronique suivante pour plus de renseignements: don@qci-intl.com.

Citations à reprendre:

"La vraie clé de la qualité est le comportement de nos populations. Afin d'obtenir le niveau de qualité qui est nécessaire pour survivre au XXI^e siècle, nous devons changer la façon dont nos populations—tout le monde, de la salle du conseil d'administration à la chaufferie—pensent, agissent et se comportent". [Traduction]

H. James Harrington, *Quality Digest*, juillet 1999



Amélioration de la qualité en Afrique du Sud: l'initiative d'agrément du COHSASA

Stuart Whittaker, Directeur exécutif, COHSASA

Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directeur exécutif; Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.

DANS divers secteurs d'activités partout dans le monde, l'agrément est reconnu comme un symbole de qualité indiquant qu'une organisation répond à certaines normes de performance. En 1992, une série de normes d'agrément multidisciplinaires applicables aux systèmes de prestation de soins en Afrique du Sud a été élaborée à titre de projet pilote. Trois ans plus tard, le Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA) a été créé pour élaborer un programme d'agrément des établissements de soins sud-africains comprenant les hôpitaux, les établissements de soins sous-aigus, les programmes psychiatriques et les dispensaires de soins primaires¹.

Le COHSASA veut créer un programme d'agrément d'un bon rapport coût-efficacité pour les établissements de santé sud-africains qui renforcera leurs performances, sera considéré par le public et les bailleurs de fonds comme un gage de qualité et qui permettra aux patients d'obtenir des soins de qualité. Les objectifs spécifiques du COHSASA sont résumés à la Figure 1.

Les normes du COHSASA

En Afrique du Sud, le COHSASA a noué des liens étroits avec les organisations professionnelles nationales et internationales qui participent activement au processus d'élaboration de normes. Plusieurs concepts fondamentaux sous-tendent toutes les normes, individuellement et globalement. Ces concepts sont pertinents pour les normes utilisées afin d'estimer les attentes minima, ainsi que les normes qui identifient des pratiques exemplaires. Ils comprennent les considérations suivantes:

- Les normes sont axées sur le patient et, le cas échéant, sa famille; sur la prestation de services pour satisfaire des besoins identifiés des patients, conformément à la mission et aux ressources de l'organisation de soins de santé; et sur la protection et le respect des droits fondamentaux des patients.
- Les organisations de soins ont l'obligation fondamentale de comprendre les besoins et les attentes de ceux qu'elles desservent et de déterminer dans quelle mesure elles répondent à ces besoins et ces attentes.
- Les responsables d'une organisation de soins sont tenus de fournir une gestion efficace; des services qui correspondent aux besoins de la collectivité pour les soins préventifs, curatifs et palliatifs; et d'encourager une culture qui soutienne une amélioration continue des performances de l'organisation et de la qualité des services fournis.
- Les normes sont basées sur une approche systématique de la mesure et de l'amélioration des processus et des résultats des soins, et sur le recul continu ou l'élimination des risques pour le patient, et elles fournissent un cadre pour une telle approche.

Le plus souvent, les normes structurelles définissent les attentes des organisations au départ alors que les normes identifiant les rendements escomptés sont plus utiles pour mettre en évidence les pratiques exemplaires. Il est vraisemblable que les normes d'agrément qui reflètent une gamme appropriée d'éléments seront plus largement appliquées et utilisées.

Les normes sont exhaustives et elles établissent des attentes pour les performances et des attentes structurelles pour les soins que reçoit le patient, la création d'un

¹ Dans le système de santé sud-africain, pour garder et maintenir une accréditation, les organisations doivent se soumettre à une enquête sur place d'une équipe de professionnels de la santé au moins tous les deux ou trois ans.



Figure 1

Les objectifs du COHSASA

- *L'élaboration et la mise en oeuvre, dans les établissements de santé sud-africains, de normes qui définissent les exigences pour la prestation de services de qualité à tous les niveaux de la fourniture de services*
- *Une évaluation précise de la performance actuelle des établissements participants par l'identification des carences à combler et des obligations à satisfaire pour se conformer aux normes prescrites*
- *L'habilitation du personnel par l'introduction de l'amélioration de la qualité et de processus de gestion participative*
- *L'utilisation optimale des ressources pour obtenir un respect des normes en fonction des contraintes financières du pays, tout en prenant en considération le droit de tous les citoyens sud-africains à recevoir des soins de santé tel que stipulé dans la constitution sud-africaine*

environnement de soins sûrs et une gestion efficace de l'organisation. De telles normes peuvent être regroupées en deux grandes catégories: celles qui mettent l'accent directement sur **les soins au patient**, et celles qui sont axées sur **la gestion de l'organisation** (Figure 2).

Le processus d'agrément

La démarche aboutissant à l'agrément comprend la préparation de l'établissement en vue de l'agrément, l'enquête extérieure et le processus de décision.

L'étape préparatoire

L'enquête de base est effectuée au début de l'engagement pour déterminer quel est initialement le niveau de respect des normes. Elle est suivie par l'introduction d'une approche multidisciplinaire d'amélioration continue de la qualité et d'une deuxième enquête interne.

Le programme du COHSASA a été conçu afin d'habiliter les personnels pour que l'agrément soit obtenu grâce à leurs propres efforts, sur la base d'une approche multidisciplinaire d'amélioration continue de la qualité (ACQ). L'ACQ est une méthode de gestion qui vise à développer l'organisation d'une manière nouvelle pour que, d'une façon méthodique et planifiée, tout le monde, à tous les niveaux, puisse jouer un rôle actif dans la compréhension des problèmes et des processus pour l'exécution du travail.

Un facilitateur du COHSASA est nommé pour travailler avec un hôpital participant, pour une période de 9 à 18 mois pour les nouveaux candidats, selon le degré de conformité de l'hôpital avec les normes, et pour une période de 3 à 6 mois pour les établissements qui en sont

Figure 2

Les domaines des normes du COHSASA

Les normes qui mettent l'accent sur les soins aux patients couvrent au moins les aspects suivants:

- *Les droits des patients*
- *L'accès aux soins*
- *La continuité des soins*
- *L'évaluation du patient*
- *La planification des soins et la prestation des soins*
- *L'éducation du patient et de sa famille, le cas échéant*

Les normes qui mettent l'accent sur la gestion de l'organisation couvrent au moins les aspects suivants:

- *Le leadership de l'organisation*
- *Les rôles et les responsabilités du personnel*
- *La gestion de l'information*
- *La création et le maintien d'un environnement sûr pour le patient*
- *La prévention des infections et la lutte contre celles-ci*
- *La gestion de la qualité et la gestion des ressources humaines*



à leur deuxième agrément, en fonction des besoins de l'hôpital. Les facilitateurs sont des professionnels hautement qualifiés, expérimentés et bien formés, et ils travaillent avec le personnel de l'hôpital pour l'aider à se conformer aux normes du programme par l'implication personnelle et le travail en réseau.

Les facilitateurs animent des programmes de formation en cours d'emploi pour aider le personnel de l'hôpital à comprendre les normes et être à même d'évaluer le niveau de conformité de l'hôpital. Ensuite, le personnel de l'établissement suit un cours sur divers outils analytiques qui lui permettront de bien cerner les procédures de travail. Grâce à cela, les membres du personnel s'identifient au programme et sont en mesure d'utiliser leurs propres compétences et ressources pour comprendre les normes, évaluer le niveau de conformité de leur hôpital, et oeuvrer pour l'application des normes. Ils le font en appliquant une méthodologie systématique de la résolution des problèmes basée sur des principes solides de gestion de projets.

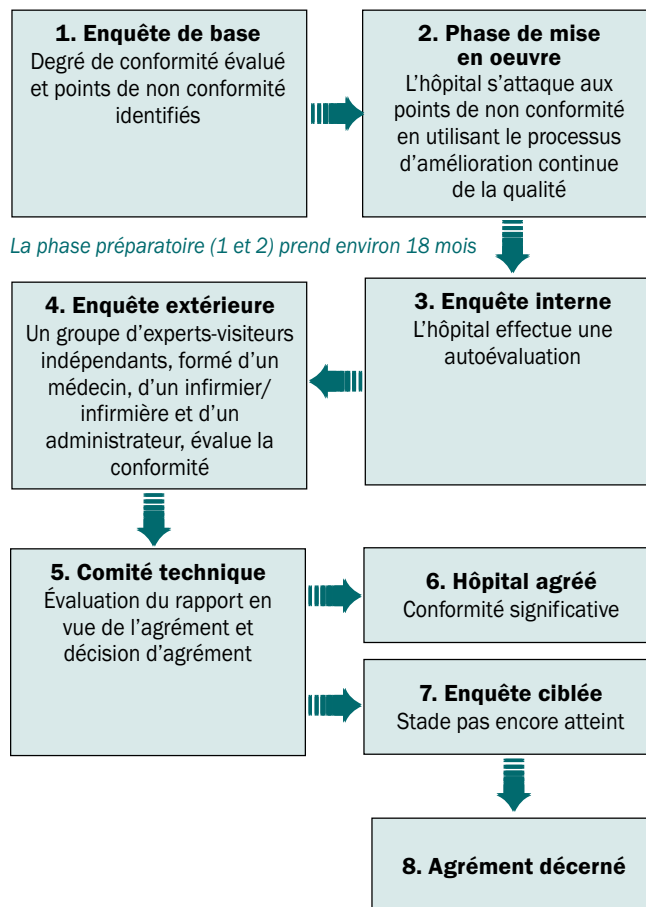
Vers la fin de cette étape, le personnel effectue une deuxième enquête interne pour évaluer ses propres performances. Les résultats sont à nouveau traités par le COHSASA et l'hôpital reçoit une rétroinformation exhaustive concernant sa conformité avec les normes.

L'enquête extérieure

Une enquête extérieure est réalisée par un groupe d'experts-visiteurs de la COHSASA qui est constitué habituellement d'un médecin, d'un infirmier/infirmière et d'un administrateur. L'enquête extérieure s'effectue à l'issue de la phase préparatoire et elle a pour but de fournir une évaluation indépendante de l'hôpital.

La décision d'agrément

Les rapports sont soumis à un comité technique formé d'experts dans le domaine des soins de santé. Le comité fait des recommandations au Conseil concernant l'agrément des hôpitaux participants. Le Conseil, sur la base des recommandations du comité technique et de



l'évaluation de tous les rapports, délivre le certificat d'agrément.

Étude sur l'impact de l'agrément

En mai 1999, sous l'égide du Projet d'Assurance de la qualité (PAQ), une étude pluridisciplinaire de deux ans évaluant l'impact du programme d'agrément du COHSASA sur certaines mesures relatives aux locaux, aux processus et aux résultats médicaux a été entreprise. Utilisant une méthode de contrôle randomisée, l'étude suit les progrès accomplis pour le respect des normes dans les hôpitaux témoins, ainsi que dans dix hôpitaux d'intervention qui participent au programme d'agrément du COHSASA.



Figure 3

Résultats obtenus

En juillet 1999, 101 hôpitaux publics et privés et 48 établissements de soins de santé primaires et de soins sous-aigus avaient été agréés par le COHSASA.

À la fois dans le secteur privé et dans le secteur public, une proportion importante d'établissements ne répondaient pas aux normes de base lors de l'enquête de référence. Même au moment de l'enquête externe, de nombreux hôpitaux présentaient encore d'importantes carences auxquelles il fallait remédier par une enquête ciblée. Toutefois, l'attitude des hôpitaux participants a été extrêmement positive et ils se sont rapidement conformés aux exigences qui n'avaient pas été satisfaites. Même dans les hôpitaux publics où les ressources sont extrêmement restreintes, des progrès extraordinaires ont été accomplis. Il faudra toutefois un effort supplémentaire pour permettre à certains hôpitaux ruraux d'être en conformité avec les normes. Compte tenu de cet effort, ce résultat n'est pas hors de portée.

En outre, une équipe conjointe de recherche américano-sud-africaine mesurera la performance des hôpitaux de l'étude au moyen de 10 à 15 indicateurs de quantité et de qualité tels que les taux d'infection postopératoires des plaies, la façon dont les patients perçoivent les soins, la bonne tenue des dossiers médicaux et la mortalité néonatale. On s'attend à ce que cette étude, de pair avec une étude complémentaire sur l'impact de l'agrément en Zambie, constitue un important travail de recherche en rapport avec l'évaluation de l'impact de l'agrément sur les résultats médicaux.



Le point de quelques activités de terrain

Utilisation de la conception de la qualité au Guatemala

En 1999, le PAQ a commencé à travailler avec le Ministère de la santé (MDS) du Guatemala pour: 1) appuyer le MDS dans la décentralisation des services de soins de santé; 2) mettre l'accent sur la qualité à tous les niveaux des soins par l'application de différentes méthodes et outils d'AQ; et 3) concevoir et mettre en oeuvre, au niveau local des établissements de santé, des campagnes d'information, éducation et communication à propos de la qualité renforcée des services proposés.

Dans le cadre de son deuxième objectif, le PAQ a initié le personnel de six hôpitaux de la région des Hauts Plateaux de l'Ouest du Guatemala à des outils et des techniques de conception de la qualité. Les hôpitaux utilisent la conception de la qualité pour la refonte

de leurs services obstétriques. L'expérience du PAQ a montré que la refonte ou la conception de services obstétriques sur la base des besoins des clients débouche sur une plus grande satisfaction de ces derniers.

Dans chaque hôpital, des équipes composées de personnel hospitalier de tous niveaux ont été formées. Elles ont organisé des groupes cibles pour identifier les besoins et les exigences des femmes qui se rendent à l'hôpital pour y recevoir des soins obstétriques. Les groupes cibles ont mis en évidence plusieurs doléances majeures: des erreurs de diagnostics perçues qui seraient imputables aux prestataires, de mauvaises explications fournies par les prestataires, un manque d'intimité et de confort, une mauvaise explication des actes et du traitement par les prestataires, de longues périodes d'attente pour obtenir des soins, le jargon difficile à comprendre du personnel hospitalier et le fait que des patients doivent parta-

ger un même lit. L'insatisfaction quant aux services hospitaliers et à la mauvaise communication avec les prestataires faisaient que les femmes venaient peu souvent, ce qui augmentait considérablement le pourcentage des grossesses à haut risque et des grossesses à problèmes.

Les équipes de qualité ont utilisé cette information pour apporter les changements nécessaires afin de raccourcir le temps d'attente et de rendre l'hôpital plus sûr et plus confortable. Les équipes élargissent maintenant leur champ d'activité en enseignant aux médecins les normes cliniques des soins; en introduisant la prestation de services au niveau du centre communautaire où la plupart des communautés vont se faire soigner; et en incluant le suivi régulier et la supervision dans toutes les activités.

Dr. Carlos González L.



Agrément ciblé

Diana R. Silimperi, MD

Directeur adjoint, Projet d'Assurance de la qualité

COMME noté dans des articles précédents, les attentes, dans les pays en développement comme dans les pays développés, sont de plus en plus fortes concernant la qualité améliorée des services de santé. L'agrément traditionnel a démontré qu'il était une méthode puissante d'amélioration de la qualité, surtout en milieu hospitalier. Plus récemment, une forme plus sélective ou plus "ciblée" d'agrément a été mise à l'essai, essentiellement dans le contexte des soins de santé primaires d'un certain nombre de pays. Afin d'étudier cette forme nouvelle d'agrément, cet article présentera le terme d'"accréditation ciblée", alors que certains préféreront parler d'"agrément non formel, informel" ou d'"évaluation de la qualité". Il ne fait aucun doute qu'au fur et à mesure que l'on acquerra davantage d'expérience, les différences entre l'agrément ciblé et l'agrément traditionnel deviendront plus claires, et qu'on déterminera si ces différences justifient l'utilisation du terme nouveau d'"agrément ciblé". Cet article, espérons-le, engendrera une réflexion au sujet de nouvelles applications de l'agrément.

Que faut-il entendre par "agrément ciblé"?

Le terme d'"agrément ciblé" est une allusion au processus par lequel un organisme reconnu exécute un examen sélectif (ou "ciblé") d'une ou de plusieurs fonctions d'un établissement de soins de santé (par rapport à l'ensemble des fonctions de l'organisation), et évalue son aptitude à satisfaire une série de normes et de critères spécifiquement en rapport avec la fonction ou le domaine de service choisi. Les organisations de soins qui respectent en permanence les normes sont reconnues par l'organisme d'évaluation, et peuvent se voir attribuer un symbole (une étoile par exemple) pour attester de leurs accomplissements. La récompense symbolique de la qualité et la reconnaissance publique qui s'en suit font de l'agrément ciblé un outil puissant d'amélioration des perfor-

mances d'un prestataire ou d'une organisation. Le processus incite aussi le public à avoir des attentes plus importantes pour la qualité des services.

Le terme d'agrément ciblé est relativement nouveau et il est donc possible qu'il évolue progressivement pour refléter de nouvelles applications du processus d'agrément dans différents contextes de soins. Les exemples examinés ci-dessous sont tirés d'expériences de projets. Les programmes d'agrément ciblés à grande échelle sont peu nombreux aujourd'hui (le programme des Hôpitaux Amis des bébés de l'UNICEF étant l'exception).

En quoi l'agrément ciblé diffère-t-il de l'agrément traditionnel?

Élaboration de normes, cadre de l'établissement de santé et organisme d'agrément

L'agrément est un processus formel par lequel un organisme reconnu (souvent une organisation non gouvernementale) évalue l'aptitude d'une organisation de soins à satisfaire des normes de performance fixées d'avance et publiées¹. Les normes qu'il utilise pour évaluer les performances sont généralement formulées par des comités d'experts travaillant avec l'organisme d'agrément, et elles sont révisées de temps à autres pour prendre en compte les progrès technologiques, des protocoles de traitement ou des changements de politique. L'agrément traditionnel a été généralement appliqué au milieu hospitalier, bien que son utilisation pour les soins de santé primaires et l'environnement communautaire ait suscité une attention considérable. Il fait appel à un organisme officiellement reconnu pour analyser les résultats des performances et pour déterminer le statut d'agrément. L'organisme d'agrément peut être une entité gouvernementale ou parapublique mais il s'agit le plus souvent d'une organisation non gouvernementale privée (souvent à but non lucratif).

¹ Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality, A. Rooney et al., p. 3.

Figure 1

Comparaison de l'agrément traditionnel et de l'agrément ciblé

Agrément traditionnel	Agrément ciblé
<i>Élaboration de normes</i>	
Utilise des normes ou de directives définies d'avance et publiées	Peut utiliser des normes ou des directives définies d'avance et publiées, mais peut aussi encourager l'élaboration de nouvelles normes spécifiquement pour l'examen
Les normes ont tendance à être axées sur les processus, moins d'importance est accordée aux mesures des résultats des performances	Les normes comprennent des mesures des résultats des processus et des performances, une plus grande importance étant accordée à la performance des prestataires individuels
Les normes sont des seuils optimaux réalisables, conçus pour encourager une amélioration continue au niveau organisationnel	Les normes sont des seuils optimaux réalisables, conçus pour encourager une amélioration continue au niveau de l'individu et de l'organisation, l'accent étant mis sur l'autoévaluation avant l'examen extérieur
Les normes mettent l'accent sur la qualité dans la perspective de l'organisation, par rapport aux critères de qualité des clients	Les normes attachent davantage d'importance à la manière dont le client perçoit la qualité
Les normes sont habituellement formulées par un organisme expert, reconnu au niveau national	Les normes sont plus vraisemblablement formulées au niveau local, avec des recommandations de la communauté et des clients
<i>Contexte de l'établissement de santé</i>	
Concentration sur l'agrément de l'hôpital	Plus grande concentration sur les établissements de soins de santé primaires
<i>Organisme d'agrément</i>	
L'organisation qui accorde l'agrément est habituellement une entité juridiquement reconnue, établie et durable (souvent non gouvernementale) ayant de vastes compétences	L'entité qui accorde l'agrément peut être constituée simplement pour une évaluation particulière, elle n'a pas nécessairement une identité judiciaire, et elle peut se concentrer sur un secteur plus petit ou une zone géographique spécifique
L'entité d'agrément est souvent non gouvernementale, indépendante du Ministère de la santé	L'entité d'agrément est habituellement associée au Ministère de la santé (ou à une partie du Ministère)
<i>Portée de l'évaluation</i>	
Les normes se concentrent sur des processus organisationnels généraux ou sur des fonctions à l'intérieur de l'organisation dans son ensemble	Les normes se concentrent sur des processus spécifiques qui incluent l'ensemble de l'organisation
<i>Rôle de l'autoévaluation et du développement de compétences en AmQ</i>	
L'autoévaluation et le renforcement des compétences d'AmQ ne sont pas mis en exergue	L'accent est mis sur l'autoévaluation et le développement des compétences en AmQ, considérés comme des aspects indissociables du processus
<i>Évaluateurs externes</i>	
La décision d'agrément est prise par une équipe d'évaluateurs externes qui sont des confrères, habituellement des professionnels	L'équipe d'agrément inclura plus vraisemblablement la communauté/les clients ainsi que des prestataires et des professionnels locaux
<i>Diffusion et utilisation des résultats</i>	
Les résultats sont à la disposition du public mais le degré de diffusion auprès du public varie; ils sont habituellement utilisés davantage en interne par l'organisation (une situation qui change avec le lien entre les incitations financières/les incitations financières de l'État)	Les résultats sont à dessein partagés avec le public/les consommateurs pour encourager une meilleure performance des prestataires et pour stimuler la demande de services de qualité
Processus volontaire mais de plus en plus lié à des "incitations" financières	Processus volontaire mais habituellement lié à la reconnaissance par le public et aux attentes de plus en plus grandes du public quant à la qualité
<i>Durée de l'agrément</i>	
La durée de l'agrément varie en fonction des résultats de l'enquête mais elle est habituellement de deux à trois ans	Le temps entre deux évaluations varie mais il est généralement d'un an



L'agrément ciblé est plus généralement utilisé dans les établissements de soins de santé primaires et il est habituellement réalisé par une organisation locale nouvellement constituée ou par un organisme établi spécifiquement pour mener à bien cette évaluation. Les normes de performance utilisées dans l'agrément ciblé existent peut-être déjà mais elles sont relativement peu connues et ont été souvent élaborées depuis peu de temps pour la méthode de l'agrément ciblé. Donc, bien qu'elles aient été convenues d'avance par les organisations participantes et l'organisme d'agrément, il se peut qu'elles ne soient publiées qu'au début du programme d'agrément ciblé. L'organisme d'habilitation local pour l'agrément ciblé fera plus vraisemblablement partie du Ministère de la santé ou sera directement associé à celui-ci.

Enfin, il est important de noter que l'agrément ciblé et l'agrément traditionnel sont des formes d'évaluation basées sur les normes et qu'elles utilisent des normes optimales mais susceptibles être atteintes.

Portée de l'évaluation, rôle de l'autoévaluation et experts-visiteurs extérieurs

L'agrément traditionnel met l'accent sur les capacités et les performances de l'organisation plutôt que sur la performance des praticiens pris individuellement. Les normes d'agrément des hôpitaux sont habituellement articulées autour de fonctions cruciales pour le patient et l'organisation, ou de services de l'établissement. Toutes les fonctions ou tous les services au sein de l'organisation de soins sont inclus dans le champ d'intervention de l'agrément traditionnel, et c'est donc l'établissement dans sa totalité qui est évalué. Des experts-visiteurs qui ont reçu une formation spéciale réalisent l'évaluation et ils rapportent leurs résultats à l'organisme d'agrément. La représentation de la communauté est limitée.

Plus récemment, des programmes traditionnels d'agrément (surtout dans les pays en développement) ont comporté un certain élément d'autoévaluation et ils ont incorporé des approches d'amélioration de la qualité pour aider l'institution à se préparer à l'enquête extérieure. Bien que le processus d'agrément encourage en soi une amélioration continue, les programmes traditionnels ont eu tendance à se concentrer davantage sur

l'enquête extérieure et à s'intéresser moins au renforcement des capacités dans le domaine des compétences méthodologiques pour l'amélioration de la qualité (AmQ).

L'agrément ciblé évalue aussi les capacités d'organisation mais s'intéresse relativement davantage à la performance des praticiens individuels. Les normes qu'il utilise sont plus vraisemblablement élaborées par des professionnels locaux et peuvent prendre en compte des recommandations de la communauté ou de patients. Comme son nom l'implique, le champ d'intervention de l'agrément ciblé est plus limité, il se concentre sur un type particulier de service ou de fonction organisationnelle (par exemple, la santé génésique ou les services à l'intention des adolescents), plutôt qu'à toute la gamme des fonctions exécutées par l'établissement de soins.

Alors que l'agrément, tant formel qu'informel, fait appel à des experts-visiteurs qui sont des pairs pour exécuter l'évaluation, les homologues pour l'agrément traditionnel sont généralement des prestataires professionnels ou des cadres, tandis que l'équipe d'enquêteurs pour l'agrément ciblé peut comprendre des membres de la collectivité ou des clients. En outre, l'agrément ciblé peut utiliser l'autoévaluation comme moyen d'incorporer l'amélioration de qualité (en particulier la résolution de problèmes en équipe) comme élément important du processus d'agrément, et il accorde une plus grande place au développement de compétences d'AQ à l'intérieur de l'institution participante.

Diffusion et utilisation des résultats, durée de l'agrément

Les agréments tant formels qu'informels sont des processus volontaires pour lesquels les résultats de l'évaluation des performances sont mis à la disposition du public. Bien que la diffusion de conclusions spécifiques afférentes à un agrément traditionnel puisse se limiter à l'établissement participant, les résultats ont de plus en plus des ramifications financières (par exemple, l'autorisation de recevoir des paiements d'une tierce partie ou du secteur public). L'agrément ciblé par contre va davantage de pair avec une campagne de communication pour la diffusion des conclusions afin que les



prestataires et leurs établissements soient “reconnus” par le public et que le public soit davantage conscient de la qualité. Pour cette raison, l’organisme d’agrément ciblé peut récompenser les établissements qu’il agrée par un symbole de qualité (par exemple, une étoile d’or). Bien qu’une récompense monétaire s’y rattache parfois en raison d’une plus grande fréquentation par le public, l’agrément ciblé est moins associé à des décisions de l’organisme de financement pour le remboursement de services mais il cherche davantage à renforcer les connaissances du public et l’utilisation de services de qualité.

Le cycle habituel de l’agrément traditionnel varie entre un à trois ans, avec des délais plus courts pour les institutions qui obtiennent un agrément avec des réserves et qui doivent apporter des améliorations spécifiques indiquées dans le rapport d’évaluation. L’agrément ciblé exige un suivi plus fréquent et peut être répété tous les six mois à un an.

Étant donné que le concept de l’agrément ciblé est relativement nouveau, il y a peu d’exemples sur lesquels ses “caractéristiques” puissent se baser. Au fur et à mesure que le processus se généralise, les différences et les similitudes avec l’agrément traditionnel peuvent être établies plus en détail, ainsi que l’interface fonctionnelle entre les deux approches lorsqu’elles existent côte à côte dans un même pays.

Exemples de programmes d’agrément ciblé

Étoile d’or (Égypte)

En Égypte, le Ministère de la santé et de la population (MSP) s’est associé au Ministère de l’information (MI) pour lancer le Programme Qualité Étoile d’or¹. Des recherches et une évaluation sur les perceptions de la qualité par les clients et sur les images des prestataires et

des services associés à la qualité ont permis de choisir un symbole de la qualité: l’Étoile d’or. Une campagne de communication a alors été entreprise pour promouvoir la reconnaissance, parmi les consommateurs, de l’Étoile d’or comme symbole de services de planification familiale de qualité, et pour sensibiliser le public à ce qu’il peut raisonnablement attendre de services de planification familiale de qualité. Des messages de communication faisant la promotion de la qualité des prestataires et des services ont été largement diffusés et ont eu une incidence sur la perception de la qualité non seulement chez les consommateurs mais aussi chez les prestataires.

Pendant la durée de la campagne, le MSP s’est concentré sur l’amélioration du matériel de base et sur la rénovation de dispensaires de soins primaires, ainsi que sur la formation des médecins et du personnel infirmier. Des normes cliniques nationales de pratique avec 101 indicateurs de la qualité du service ont été appliquées. En outre, des systèmes de gestion et de suivi ont été introduits dans les services de planification familiale, de pair avec un SIG informatisé qui permet aux prestataires de suivre les scores trimestriels pour les indicateurs à chaque site de prestation. Il a été décidé qu’une Étoile d’or serait décernée à tout service de planification familiale qui satisfait les 101 indicateurs pendant deux trimestres consécutifs, et qu’elle serait maintenue pour tout établissement capable de rester au même score. Le suivi trimestriel des indicateurs de la qualité conformément aux normes cliniques nationales a encouragé l’amélioration de la qualité au niveau des établissements.

La deuxième phase de la campagne de communication a été lancée après qu’un nombre important de services eurent obtenu des Étoiles d’or; elle s’est concentrée sur la promotion des dispensaires Étoile d’or et sur les prestataires qui y pratiquent. La reconnaissance par le public du symbole de l’Étoile d’or a renforcé les attentes et la demande pour de tels services, et a accru la fréquentation des établissements Étoile d’or.

¹ Le Programme de l’Étoile d’or a été élaboré et mis en oeuvre avec l’assistance technique de JHU/CCP. Références pour cette partie: Population Reports, “Improving Care and Raising Expectations” (H. Gebaly et al. ICPD 1998) et Communication Impact, “Egypt’s Gold Star Quality Program Wins Clients and Communities” (CCP 1998).

² Le modèle Proquali a été mis au point et mis en oeuvre avec l’assistance technique de MSH, JHPIEGO et JHU/CCP. Le Dr. Edgar Nechochea, JHPIEGO, a aimablement fourni les renseignements pour cette partie.



Proquali (Brésil)²

Dans la région du nord-est du Brésil, plusieurs initiatives concurrentes mais toutes axées sur l'élargissement de la couverture et l'amélioration la qualité des services de santé génésique n'avaient remporté qu'un succès limité. Les responsables de la santé au niveau des États, l'USAID et trois organismes associés (Management Services for Health [MSH], Johns Hopkins University/Center for Communication Programs [JHU/CCP] et le Johns Hopkins Program in International Education and Training in Reproductive Health [JHPIEGO]) ont ensuite élaboré un modèle intégré et synergique d'amélioration des performances centré sur le client. L'une des caractéristiques majeures de ce modèle était l'élaboration et l'approbation préalables de directives pour les services de santé génésique (DSSG) qui pourraient servir de normes d'amélioration des performances pour les services de santé génésique dans deux États participants. Durant cette période, la décentralisation s'est également accélérée et les municipalités ont commencé à assumer la responsabilité de services de santé, identifiant activement leurs lacunes et des stratégies pour améliorer la qualité des services locaux.

Le modèle "Proquali" comprend: des soutiens pour l'infrastructure, un processus de reconnaissance basé sur le dispensaire et un processus d'amélioration des performances. Le processus de reconnaissance, de pair avec le processus d'amélioration des performances, est devenu un exemple de l'agrément ciblé. Un élément majeur du modèle Proquali d'agrément ciblé est l'importance qu'il attache à l'autoévaluation. Des listes de contrôle de l'autoévaluation pour les prestataires et les gestionnaires des points de prestation de services sont utilisées pour guider l'enseignement et le suivi des performances. Les listes de contrôle peuvent être utilisées pour déterminer si les pratiques sont conformes aux DSSG et pour cerner les aspects devant être améliorés. L'évaluation extérieure est également réalisée par des membres de la Commission de reconnaissance de la qualité des soins (CRQS) au niveau des États, mise en place spécialement pour l'évaluation et l'approbation (agrément ciblé en santé

génésique) des dispensaires de santé primaires participants.

Afin d'obtenir une évaluation de la CRQS, les dispensaires doivent subir avec succès une visite de qualification de deux jours puis démontrer qu'ils ont respecté les normes de la santé génésique de qualité pendant trois mois. Pendant la phase pilote, 61 critères d'évaluation pour la "reconnaissance" ont été formulés dans cinq domaines de services: la fourniture de services de santé génésique; la prévention des infections et la lutte contre celles-ci; les programmes d'information, éducation et communication (IEC); les locaux et le matériel; et les systèmes de soutien à la gestion de l'infrastructure. Chacun de ces critères a reçu la même valeur, soit un point. Mais, afin de satisfaire chaque critère, tous les aspects à vérifier devaient être respectés. En outre, aux sites ayant plus d'un prestataire, jusqu'à trois prestataires devaient être observés et tous devaient respecter les critères en question pour recevoir le point que rapportait ce critère.

Durant le projet pilote, un dispensaire devait obtenir un score d'au moins 80 pour cent pour chacun des cinq volets de l'évaluation du service afin de se qualifier pour la deuxième visite. Quarante-vingt-cinq pour cent du total des critères devait être atteint lors de la deuxième visite pour mériter la "reconnaissance" de la CRQS. À l'issue quinze du projet pilote, une seule visite d'évaluation externe était prévue dans le modèle, et le seuil pour obtenir la reconnaissance était fixé à 95 pour cent des critères. Dans cet exemple d'agrément ciblé, les résultats des évaluations servent de base pour les processus d'amélioration ainsi que de reconnaissance de la qualité.

Hôpitaux Amis des bébés et Amis des mères, monde entier³

L'initiative des Hôpitaux Amis des bébés, parrainée conjointement par l'UNICEF et l'OMS, est l'un des programmes d'agrément ciblé (ou informel) les plus anciens et les plus vastes. L'initiative reconnaît les hôpitaux et les centres d'accouchement qui créent un environnement optimum pour l'allaitement maternel par

³ Cette partie est basée sur des renseignements provenant de la publication du PAQ intitulée "Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality." A. Rooney et al. 1999. p. 22-23.



l'application de dix mesures conçues pour promouvoir un bon allaitement au sein. Les hôpitaux ou les centres d'accouchement prennent la décision de participer à l'initiative en soumettant une demande qui comprend une lettre d'intention, le paiement de frais et une autoévaluation concernant la promotion de l'allaitement maternel. Les "normes" requises pour la reconnaissance consistent en "10 mesures pour un allaitement réussi". Lorsqu'un hôpital participant a appliqué toutes les mesures, une évaluation sur place est effectuée par une équipe d'enquêteurs "Amis des bébés" désignée par l'OMS/UNICEF, de pair avec une enquête du Conseil d'évaluation extérieur "Ami des bébés". Les hôpitaux qui, de l'avis de l'équipe des enquêteurs et du Conseil d'évaluation, appliquent avec succès toutes les mesures requises se voient décerner l'appellation "Amis des bébés" et peuvent afficher le logo.

La Coalition pour l'amélioration des services de maternité suit une approche similaire, définissant "10 mesures de soins Amies des mères". L'une de ces mesures reprend les "10 mesures de l'initiative des Hôpitaux Amis des bébés".

Orientations futures

Tandis que la décentralisation et la réforme du secteur de la santé s'accélèrent dans de nombreux pays, la responsabilité et les décisions afférentes aux soins de santé sont confiées aux autorités locales susceptibles de retirer des avantages directs des services de qualité dispensés dans les établissements de leur secteur. L'attente et la demande de services de qualité peuvent alors influencer les décisions des autorités locales concernant l'affectation des ressources et les pressions de la communauté pour le respect des normes. L'une des caractéristiques majeures des programmes d'agrément ciblé est l'importance attachée à une vaste prise de conscience, parmi le public, de la qualité découlant de l'attribution d'un symbole largement reconnu. Ce symbole confère un statut

particulier à l'institution et à ses prestataires, augmentant souvent ses propres attentes quant à la qualité des performances.

Un certain nombre de tendances renforcent aujourd'hui l'utilité des programmes d'agrément ciblé: la privatisation accrue des services de santé, l'évolution des responsabilités du secteur public de la prestation de services à la formulation de politique et à la supervision de la qualité/des normes ainsi que la réforme du secteur de la santé qui place la supervision technique de tous les services médicaux (privés et publics) sous l'égide du Ministère de la santé et qui encourage vivement le recouvrement des coûts. Lorsque les clients paient, ils exigent des services de qualité et cherchent à obtenir des informations indiquant quels sites de prestation de services ou quels prestataires sont classés comme étant "les meilleurs". L'agrément ciblé donne aux clients une comparaison objective (basée sur des normes) entre les établissements de santé et il peut devenir un moyen de faire participer les clients à la reconnaissance de la qualité par la représentation des consommateurs au sein de l'organisme d'agrément.

Il est vraisemblable que l'agrément ciblé, avec son évaluation plus sélective et son centrage sur des mesures des résultats des performances dans les centres de santé primaires, sera aussi utile pour évaluer les services médicaux au niveau du domicile et de la communauté—deux secteurs en expansion rapide. Enfin, l'agrément ciblé convient particulièrement bien à la promotion de services de qualité auprès de catégories d'utilisateurs ayant des besoins particuliers (par exemple, les adolescents ou les personnes âgées). Le processus peut aussi faciliter le repérage d'établissements "agréés" capables de fournir des services de qualité et conformes aux besoins de ces catégories particulières.



ISQua établit une nouvelle fédération d'agrément

Sean Yu, BA, Assistant Communication

L'INTERNATIONAL Society for Quality in Health Care (ISQua) met en place actuellement les bases d'un premier organisme mondial par adhésion qui unirait entre elles des organisations nationales d'agrément dans le domaine des soins de santé. Dotée d'une structure fédérée, la nouvelle entité s'appellera l'ISQua Accreditation Federation. Fonctionnant sous la tutelle de l'ISQua, ce groupe d'intérêts spéciaux supervisera l'établissement de l'Ordre du jour de l'ISQua pour un leadership dans les programmes d'agrément des systèmes de santé publique (ALPHA), le nom collectif de l'ensemble des activités d'habilitation de l'ISQua.

La mise en oeuvre du programme ALPHA a commencé à partir de 1994 à l'occasion d'une série de réunions annuelles qui regroupaient des représentants des programmes nationaux d'agrément opérationnels depuis longtemps et des délégués de pays qui pratiquaient l'agrément depuis peu ou qui l'envisageaient. En 1996, il a été proposé que l'ISQua montre la voie pour la formulation et l'application de normes internationales, et pour l'étude de stratégies qui permettraient aux organisations d'agrément de fonctionner ensemble sous la forme d'un conseil international. Le lancement du programme ALPHA par l'ISQua représente une étape majeure vers l'élaboration d'une approche qui associerait les normes de soins et les processus d'agrément.

La structure finale de la fédération, de son conseil et de ses sous-comités a été approuvée et elle était pleinement opérationnelle pour le Sixième symposium de l'ISQua sur l'agrément qui a eu lieu en octobre 1999. Rendant des comptes au Conseil exécutif de l'ISQua, le Conseil de la fédération gèrera le programme ALPHA qui aura plusieurs composantes:

- L'apport d'un soutien à l'élaboration d'activités d'agrément dans différents pays
- Le maintien et le développement plus poussé d'un cadre international de principes devant servir de fondement à des normes nationales de soins de santé

International Society for Quality in Health Care

Incorporée en Australie et constituée de membres de plus de 60 pays, l'International Society for Quality in Health Care (ISQuA) est une organisation à but non lucratif qui permet à des individus et des organisations portant un intérêt commun à la qualité des soins de santé de comparer leurs compétences et leurs expériences par le truchement d'un forum international multidisciplinaire. L'ISQua est déjà très connue pour son travail dans les domaines de l'agrément et des normes. Toutefois, selon des propos de Lee Tregloan, son PDG:

"L'ISQua, en tant qu'organisation, va bien au-delà de l'agrément et des normes. Un sous-comité du Conseil de l'ISQua a guidé les travaux de base du programme ALPHA et, comme nombre d'organisations, elle confie maintenant cette tâche à un groupe plus largement représentatif. Le programme ALPHA se déroulera en parallèle à d'autres activités. L'agrément et l'élaboration de normes sont considérés comme faisant partie d'un ensemble de méthodologies requises pour faciliter la qualité dans les soins de santé. En conséquence, l'ISQua s'intéresse maintenant aussi à l'amélioration de la mesure des performances, partant du principe que ces aspects ne concernent pas uniquement l'agrément; d'autres secteurs travaillent avec les gouvernements sur l'élaboration de politiques de la qualité et de programmes d'enseignement." [Traduction]

Le Sixième symposium d'agrément de l'ISQua a eu lieu les 10 et 11 octobre 1999 à Melbourne, en Australie, juste avant la XVI^e Conférence internationale sur la qualité des soins de santé qui s'est tenue du 12 au 15 octobre 1999, également à Melbourne. Le personnel du PAQ a fait deux exposés à la conférence d'octobre sur les thèmes suivants: l'amélioration de la qualité dans un système de soins et l'évaluation des programmes d'AQ.



- L'évaluation et l'approbation de normes nationales d'agrément
- Le maintien et le développement plus poussé d'un ensemble international de normes pour le fonctionnement des organismes d'agrément nationaux
- Des services d'évaluation, par des pairs, pour des organismes nationaux
- L'élaboration d'un programme d'"agrément des accréditeurs"

Le Projet d'Assurance de la qualité (PAQ) a demandé à devenir membre associé de la Fédération d'agrément de l'ISQua. Ce statut indique qu'une organisation est en train d'élaborer un programme d'accréditation qui, lorsqu'il sera pleinement établi, pourrait apporter à cette organisation le statut de membre à part entière—une organisation dont la tâche principale est d'agrée des services de soins de santé dans des domaines cliniques ou des services particuliers. La qualité de membre confère des avantages tels que l'accès à l'ensemble de normes internationales de l'ISQua comme base pour l'évaluation par des pairs et pour étendre la portée des capacités d'agrément de l'organisation membre.



Note du président de l'ISQua...

L'ISQua procède maintenant à l'application de ses plans d'évaluation des normes nationales d'agrément des soins de santé conformément au cadre approuvé, et plusieurs organisations d'agrément ont maintenant indiqué qu'elles seraient intéressées par une évaluation par des pairs l'an prochain afin d'obtenir un agrément international en tant qu'"organisations d'agrément". Les organisations membres de l'ISQua qui sont des organisations d'agrément pleinement opérationnelles peuvent devenir membres à part entière de la fédération. Les membres individuels ou organisationnels de l'ISQua peuvent obtenir le statut de membre associé. On peut contacter l'ISQua pour des renseignements complémentaires sur le site: www.isqua.org.au

Nouveaux produits du PAQ

Bouchet, B. 2000. Monitoring the quality of primary health care. *Health Manager's Guide* 1 (1) (espagnol et français).

Budeyeva, M. 2000. The Tuberculosis Case Management CD-ROM. *Quality Performance Learning Series* 1(2).

Kelley, E., C. Geslin, S. Djibrina et M. Boucar. 2000. Improving performance with clinical standards: The impact of QA methods on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness

algorithm in Niger, West Africa. *Operations Research Results* 1(2).

Knebel, E., S. Lundahl, A. Edward Raj et H. Abdallah. 2000. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? *Operations Research Issue Paper* 1(1).

Knebel, E. 2000. The use and effect of computer-based training in health care. *Operations Research Issue Paper* 1(2).



Amélioration de la mise en oeuvre de la PCIME

Edward Kelley, PhD, Conseiller senior en AQ

LE Programme de recherche opérationnelle (RO) du Projet d'Assurance de la qualité (PAQ) a pour mandat d'élaborer et de tester des méthodes d'assurance de la qualité qui soient d'un bon rapport coût-efficacité dans le contexte de pays en développement. Pour tenir les partenaires des pays en développement et les organismes de collaboration au courant des résultats en provenance du terrain, le PAQ publie des mises à jour régulières dans son bulletin *Nouvelles de qualité*. La présente mise à jour fait la synthèse de travaux du PAQ pour l'amélioration de l'algorithme de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), un ensemble de directives cliniques pour les soins à prodiguer aux enfants malades de moins de cinq ans.

L'algorithme de la PCIME est conçu pour traiter les causes les plus courantes de morbidité et de mortalité chez les enfants du monde entier: la rougeole, le paludisme, le pneumonie, la diarrhée, les problèmes d'oreilles, la malnutrition, l'anémie et l'absence de vaccinations appropriées. L'OMS et l'UNICEF ont introduit l'algorithme dans plus de 50 pays.

Alors qu'il existe de solides preuves que l'application correcte de la PCIME conduira à un traitement efficace des enfants malades, il arrive souvent, dans la pratique, que les agents de santé ne respectent pas l'algorithme dans sa totalité. Les agents de santé rapportent que l'algorithme prend beaucoup de temps, qu'ils ne reçoivent que peu de conseils réguliers pour son utilisation correcte une fois la formation terminée, et que les médicaments et les fournitures nécessaires pour l'appliquer ne sont souvent pas disponibles.

Le programme de RO du PAQ a élaboré une stratégie sur plusieurs fronts pour s'attaquer aux nombreux problèmes qui entravent l'application de la PCIME dans les pays où travaille le PAQ. Les volets prioritaires de cette stratégie sont présentés dans l'encadré en milieu de page.

Des recherches sont en cours sur pratiquement tous les aspects indiqués dans l'encadré, et un certain nombre d'études ont déjà fourni des résultats qui sont disponibles. Le PAQ s'est efforcé par exemple d'améliorer la

maîtrise de l'algorithme de la PCIME par les agents de santé en élaborant un programme de formation sur ordinateur qui a déjà été testé en Ouganda. Dans ce pays, le programme a reçu des compliments de responsables du Ministère de la santé et de participants à un cours de formation en PCIME; ils considèrent cette formation assistée par ordinateur comme un outil d'apprentissage utile et novateur.

Chose plus importante,

les résultats tels que mesurés par les scores relatifs aux connaissances post-essai et par les scores relatifs aux performances sur le terrain ne montrent pas de différences significatives entre la formation sur ordinateur et les cours traditionnels de PCIME.

Toutefois, le cours informatisé, qui permet une économie de temps pour le facilitateur et qui réduit le temps passé en classe, coûte de 20 à 25 pour cent moins cher que le cours traditionnel. Cette étude se poursuit et d'autres résultats seront publiés durant l'hiver 2000. En outre, une version en traduction espagnole du programme est actuellement en préparation par l'USAID en Bolivie.

Domaines prioritaires pour une mise en oeuvre efficace de la PCIME

- **Maîtrise.** Les agents de santé atteignent un niveau de connaissances et de compétences suffisant pour appliquer correctement et efficacement la PCIME
- **Attitude.** Les agents de santé ont une attitude favorable envers la PCIME
- **Conséquences.** Pour les agents de santé, les conséquences positives de l'application de la PCIME l'emportent sur les conséquences négatives
- **Soutien.** Les agents de santé formés en PCIME disposent d'un système de soutien efficace
- **Ressources.** L'établissement dispose de ressources appropriées pour l'application correcte de la PCIME



Pendant ce temps, au Niger, les résultats définitifs de deux études sur la PCIME sont maintenant disponibles. L'une a mesuré l'impact, en terme de coût, sur le temps des prestataires et les médicaments, d'un meilleur respect des directives par les agents de santé. L'autre a examiné l'effet de deux méthodes spécifiques d'assurance de la qualité—la rétroinformation structurée et les équipes d'amélioration de la qualité—sur l'amélioration de la conformité.

La première étude a montré que, à des niveaux raisonnables de conformité (75 pour cent), la PCIME pourrait permettre d'importantes économies de coût par une utilisation plus rationnelle et plus efficace des médicaments, sans augmenter le temps que les prestataires doivent passer avec leurs clients.

La deuxième étude a montré que l'utilisation d'une rétroinformation structurée—un outil d'un coût extrêmement raisonnable, inférieur à 25 pour cent du prix de la formation traditionnelle—aurait de bonnes chances d'améliorer les performances des agents de santé pour les aspects de la conformité qui posent des problèmes.

Les équipes d'amélioration de la qualité ont également démontré qu'elles pourraient être un outil potentiellement important pour les districts qui pratiquent la PCIME. Les établissements pratiquant l'amélioration de la qualité ont obtenu des résultats bien meilleurs pour les indicateurs de PCIME que les établissements comparables ne disposant pas de telles équipes. Ces résultats sont résumés au tableau en bas de page.

Le PAQ entend continuer à jouer un rôle de leader pour l'étude et l'amélioration des approches de PCIME par l'intermédiaire de son programme de RO. Des rapports au sujet d'un certain nombre d'études seront bientôt disponibles. En outre, la version ougandaise du programme informatique sur la PCIME est terminée et une version en langue espagnole, préparée en Bolivie, devrait être prête en automne 2000.

Pour de plus amples renseignements sur ces divers produits, veuillez contacter le Dr. Ed Kelley au Projet d'Assurance de la qualité, à l'adresse électronique suivante: ekelley@urc-chs.com.



Résultats du terrain: quelques conclusions des travaux de recherche opérationnelle du PAQ en PCIME

Formation sur ordinateur et formation traditionnelle

- Aucune différence significative dans les connaissances ou les performances
- Le cours sur ordinateur est de 20 à 25 pour cent moins cher que le cours normal, si le prix du logiciel et des ordinateurs n'est pas pris en compte

Résultats du respect de la PCIME en terme d'économie de médicaments

- Une économie pouvant aller jusqu'à 60 pour cent est observée aux niveaux les plus élevés de conformité (>85 pour cent de conformité)
- En outre, le coût en temps des contacts clients-prestataires ne semble pas augmenter aux niveaux de conformité les plus élevés

La rétroinformation permet d'améliorer les points faibles de l'application de la PCIME

- La rétroinformation est quatre fois moins chère que la formation traditionnelle
- La rétroinformation améliore de 34 à 85 pour cent certains aspects évalués
- Toutefois, la rétroinformation ne semble pas renforcer les aspects dont la performance est solide

L'AmQ en équipe peut aider les agents à améliorer leurs performances

- Les établissements ayant des équipes d'amélioration de la qualité enregistreront vraisemblablement des performances (chi-carré 7,0001, p=0,008) supérieures à la moyenne, pour les indicateurs généraux de respect de la PCIME et pour les indicateurs spécifiques de la PCIME



Ressources électroniques

QCI International

www.qci-intl.com

Cette société qui offre une gamme complète de services-conseil, formation et édition, propose des produits et des services qui relèvent du domaine de la maîtrise de la qualité totale. Elle se concentre sur les équipes, telles que les équipes associant le personnel, et elle apporte une attention particulière au renforcement des compétences des facilitateurs et des chefs d'équipe.

Medical Quality Assurance (MQA)

www.doh.state.fl.us/mqa

MQA est chargé de la planification, de l'élaboration et de la coordination de programmes et de services de 18 conseils de réglementation, de six conseils et de cinq professions directement administrés par le Département de la santé de Floride. MQA élabore des politiques pour contrôler efficacement les professions médicales tout en protégeant la santé et la sécurité des habitants de la Floride. Nombreux liens disponibles, notamment un qui permet de vérifier l'autorisation d'exercer des fournisseurs de soins et d'obtenir des renseignements sur les professions réglementées.

HQHQ

www.hhq.org

Ce site FUN produit du matériel didactique, pédagogiquement certifié, pour les professionnels de la santé du monde entier. La formation en ligne, d'un bon rapport coût-efficacité, est conçue pour soutenir l'intérêt de l'utilisateur. Les feuillets "Candhu" et "Nocandhu" et les textes d'apprentissage sont basés sur des situations réelles... avec un tour inattendu. Une partie intitulée "Evidence of learning" donne aux participants l'occasion de vérifier leurs propres progrès (y compris leurs réponses aux questions du texte) grâce à une révision par courrier électronique. Un certificat PGEA/CPD, donnant droit à deux unités de valeur pour chaque module achevé, peut être obtenu.

International Journal of Health Care Quality Assurance

www.mcb.co.uk/cgi-bin/mcb_serve/

Cette revue professionnelle, publiée en Grande-Bretagne, constitue un forum pour un échange international sur les aspects théoriques et pratiques de l'assurance de la qualité et la gestion des soins de santé. Elle cherche aussi de renforcer les connaissances en matière d'assurance de la qualité et d'application de celles-ci dans les établissements de soins. Les articles soumis à cette revue doivent être des contributions originales n'ayant pas été proposées à d'autres publications.

IQMA Classified

www.openhouse.org.uk

E-mail: iqma@openhouse.org.uk

Ce site est un espace d'échanges pour ceux qui s'intéressent à tous les aspects de l'assurance de la qualité. Les particuliers peuvent y afficher des annonces dans les catégories suivantes: cours de formation en qualité, recrutement, articles proposés à la vente, demandes d'articles, recherches, édition et petites annonces générales. N'est pas spécifiquement axé sur la santé.

AddVal Inc.

www.addvalinc.com

AddVal Inc., créé par des cadres supérieurs infirmiers, se spécialise dans les titres et la vérification primaire, l'amélioration de la qualité et les services-conseil en agrément. Sa mission est d'ajouter de la valeur aux soins de santé; crée des produits et des services pour les médecins, les compagnies de soins en réseaux et les hôpitaux. Ses consultants créent des plans de travail spéciaux en fonction des besoins des organisations et apportent des solutions tout en respectant le calendrier des clients.

American Society of Quality (ASQ)

www.asq.org

ASQ encourage le développement de l'excellence pour les performances des individus et des organisations en fournissant des informations aux nouveaux venus ainsi qu'aux professionnels expérimentés. Ses liens "Standards" et "Certification" donnent des informations sur les normes ISO 9000 et ISO 14000, les exigences QS-9000, et le programme de certification de l'ASQ. Catalogue en ligne disponible. Également utile, le lien "Virtual Quality Network", un annuaire des produits et des services pour la qualité et l'amélioration continue.

Registrar Accreditation Board (RAB)

www.rabnet.com

Le site RAB donne accès à des bases de données permettant de trouver un évaluateur, un cours de formation ou un bureau d'agrément. C'est une source complète d'informations sur les bureaux d'agrément pour ISO 9000 et ISO 14001 approuvés par RAB, sur les fournisseurs de cours et les évaluateurs individuels. Il offre aussi des mises à jour trimestrielles sur ses programmes nationaux de certification et d'agrément. L'utilisateur peut télécharger des formulaires de demande en vue d'une certification par un expert en Systèmes de maîtrise de la qualité ou par un expert interne en Systèmes de maîtrise de la qualité.

Le Projet d'assurance de la qualité est administré par le Center for Human Services en collaboration avec Joint Commission Ressources (anciennement Joint Commission International) et l'Université Johns Hopkins (School of Hygiene and Public Health, Center for Communication Programs et Johns Hopkins Program for International Education on Reproductive Health). Le projet est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international, Contrat n°: HRN-C-00-96-90013. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter:

**Dr. David Nicholas, Director
Quality Assurance Project
Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814-4811
dnicholas@urc-chs.com**

ou

**Dr. James Heiby, Project Manager
G/PHN/HN/PHR
U.S. Agency for International Development
Washington, DC 20523-1817
jheiby@usaid.gov**



Nouvelles de qualité

ORGANE D'INFORMATION DU PROJET D'ASSURANCE DE LA QUALITE

Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20814-4811 • (301) 654-8338