

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
Regional Office  
for the Eastern Mediterranean  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
Bureau regional de la Mediterranee orientale



منظمة الصحة العالمية  
المنطقة اقليمية  
لشرق البحر المتوسط

COMITE REGIONAL DE LA  
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC42/5  
Septembre 1995

Quarante-deuxième session

Original: arabe

Point 8 a) de l'ordre du jour

**DOCUMENT TECHNIQUE**

**PROMOTION DE L'ASSURANCE DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE  
DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES/  
DE LA STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS**

## TABLE DES MATIERES

	Page
1. INTRODUCTION.....	1
2. LES ATTRIBUTS DE LA QUALITE.....	1
3. L'ASSURANCE DE LA QUALITE.....	4
3.1 Evaluation.....	5
3.2 Normes et critères.....	7
4. EXPERIENCE RELATIVE A L'ASSURANCE DE LA QUALITE DANS LA REGION.....	8
4.1 Initiatives d'avant-garde.....	9
4.2 Stratégie proposée.....	10
5. RECOMMANDATIONS.....	11
Références.....	12

**PROMOTION DE L'ASSURANCE DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE  
DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES/  
DE LA STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS**

(Point 8 a de l'ordre du jour)

**1. INTRODUCTION**

L'approche Soins de Santé primaires (SSP), telle qu'elle a été adoptée par les pays de la Région, a impliqué une réorientation des systèmes de santé pour qu'ils soient plus équitables, efficaces, efficients et accessibles à tous. L'accessibilité des services de santé ne signifie pas nécessairement une quantité ou une qualité adéquate; en effet, cela représente parfois l'accès à certains éléments uniquement des soins de santé primaires sans fournir forcément le niveau recherché de qualité.

Par conséquent, il est maintenant opportun, après avoir appliqué et affermi les principes SSP et après avoir créé les structures nécessaires, de s'intéresser plus particulièrement à la qualité des soins de santé primaires. Ce document vise à examiner la question de la qualité des soins de santé primaires et les moyens d'assurer cette qualité.

**2. LES ATTRIBUTS DE LA QUALITE**

Le jugement de qualité d'un système, d'un service ou d'un établissement constitue un processus de diagnostic semblable à celui établi par le médecin et devrait être fondé sur une combinaison de caractéristiques ou d'attributs. La présence ou l'absence de ces attributs ainsi que le niveau fixé pour ceux-ci permettront d'affirmer que la qualité est institutionnalisée ou non dans toute entité susmentionnée.

Les attributs de la qualité sont examinés ci-après.

**L'efficacité** : on parle d'efficacité lorsqu'on parvient au résultat recherché. On peut juger de la "qualité" d'un programme, d'un service ou d'un établissement d'après les résultats obtenus dans les tentatives visant à réduire les dimensions d'un problème de santé ou à améliorer une situation sanitaire insatisfaisante dans la limite des possibilités. L'efficacité maximale est obtenue lorsque les soins voulus sont dispensés avec le plus haut niveau de compétence et en produisant le moins d'effets secondaires. La limite supérieure de l'efficacité est déterminée par les progrès réalisés dans le domaine médical et technique.

La profession médicale a tendance à rechercher principalement l'efficacité pour obtenir des résultats parfaits et une réussite professionnelle impressionnante. Guérir est la préoccupation majeure des praticiens et la majorité des ressources sont souvent mises en commun pour atteindre un niveau d'excellence, parfois au détriment de certains attributs de la qualité tels l'efficience et la maîtrise des coûts.

**L'efficience** : par efficience, on entend l'exécution d'une tâche le mieux possible, le plus rapidement possible et au coût le plus faible possible. Il y a donc une comparaison des coûts des différentes interventions pour atteindre les objectifs recherchés. Dans le domaine de la santé, elle sous-entend de réaliser les plus grandes améliorations possibles au coût le plus faible. Elle traduit la relation entre les résultats obtenus par un programme, des services de santé ou encore par une activité sanitaire et les moyens investis ainsi que le temps consacré.

De nos jours, l'économie de la santé a une influence croissante sur la prestation des soins. La tendance que l'on observe actuellement dans de nombreux pays est de maintenir les dépenses publiques de santé au même niveau ou bien de les réduire. Par conséquent, le défi posé à la profession médicale est de savoir comment atteindre une meilleure qualité et la maintenir avec les ressources disponibles. L'efficience dépendra donc de l'habileté dont les professionnels de la santé feront preuve pour choisir, planifier et réaliser les éléments de soins qu'ils prescrivent, afin d'éviter le gaspillage.

En conséquence, si l'objectif optimal est d'assurer le maximum de soins de santé (**efficacité maximale**), l'objectif réaliste est de réaliser le maximum de soins de santé que l'on puisse assurer (**efficacité optimale**). On est porté à croire que lorsqu'on ajoute des interventions de plus en plus complexes au traitement d'un patient, il y aura au début du traitement des améliorations importantes et rapides de l'état de santé pour chaque soin supplémentaire. Toutefois, chaque ajout de soins par la suite est toujours plus coûteux, mais les améliorations qui en résultent deviennent progressivement plus restreintes jusqu'au point où les avantages additionnels ne justifient pas le coût supplémentaire. Dispenser des soins au-delà du seuil d'efficacité optimal devient d'un coût prohibitif. Ceci signifie donc qu'il serait judicieux de renoncer à l'idée de petites améliorations cumulées dans l'état de santé au profit d'économies plus importantes proportionnellement en ce qui concerne les coûts (**Figure 1**). Toutefois, la prise de décision à cet égard est souvent difficile et embarrassante sur le plan de l'éthique.

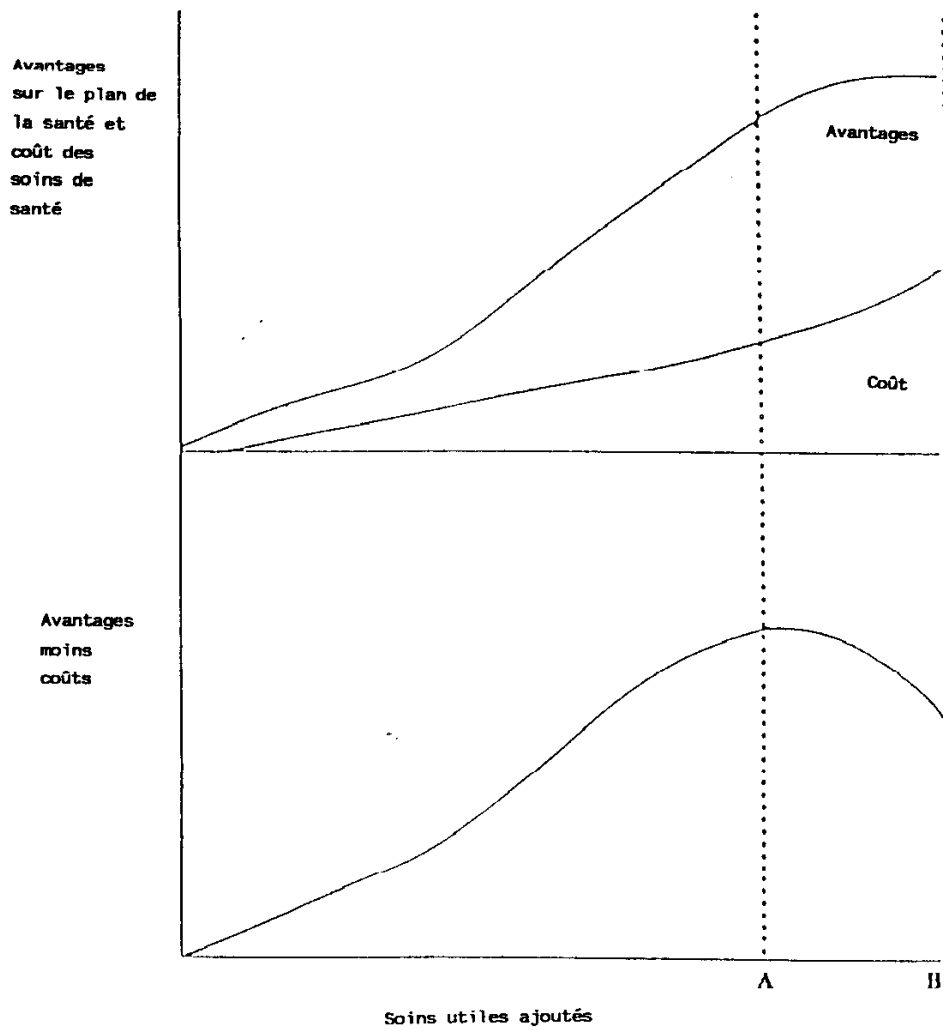
**L'équité** : c'est un principe essentiel des soins de santé primaires appelant à la répartition équitable des ressources sanitaires dans toute la population. Les soins de santé primaires ne sont pas limités à certains groupes favorisés en fonction de considérations géographiques, économiques, sociales, culturelles ou confessionnelles. Pour assurer l'équité en matière de soins de santé, il faut permettre à toute la population de bénéficier d'une gamme complète de services de santé, qu'il s'agisse de soins courants, préventifs, spécialisés ou complémentaires.

**L'accessibilité** : elle est déterminée par divers facteurs - géographiques, organisationnels, économiques, socio-culturels, entre autres.

Les services de santé, aussi efficaces et efficients qu'ils puissent être, ne pourront parvenir à assurer l'équité et un bon niveau de qualité que s'ils sont accessibles à tous.

Figure 1

**SANTE ET SOINS DE SANTE:  
RELATIONS HYPOTHETIQUES AVANTAGES-COUTS  
LORSQUE DES SOINS UTILES SONT AJOUTES\***



A: efficacité optimale des soins

B: efficacité maximale des soins

\* Donabedian, A. *A primer of quality assurance and monitoring in medical care*. Toledo Law Review, 20:2, University of Toledo, 1989.

**La sécurité** : en tant qu'attribut de la qualité, la sécurité vise à réduire au minimum les risques de lésions ou d'effets secondaires indésirables liés à la prestation des soins de santé. Il y a lieu de mentionner ici les problèmes iatrogènes: les infections nosocomiales constituent un exemple de ce genre de problème et représentent actuellement un défi majeur auquel les prestataires de soins sont confrontés.

**L'acceptabilité**: un système de santé doit être tout à fait acceptable et engageant dès le premier abord pour les utilisateurs et les bénéficiaires du système. Que ceci soit en relation avec la souplesse des démarches suivies ou avec le comportement du personnel de santé, il faudrait s'efforcer de rechercher les meilleurs moyens d'assurer que le système de santé est acceptable et de généraliser l'application de ces moyens.

**La continuité** : représente l'harmonie et l'intégralité des soins dispensés aux différents niveaux. C'est un autre attribut de la qualité. Elle suppose que des soins complets et intégrés soient fournis aux clients sans interruption inutile. Cela veut dire également que les soins de santé sont dispensés en permanence au premier niveau de contact ainsi qu'aux niveaux d'orientation-recours et des services spécialisés. La surveillance post-thérapeutique est un autre aspect de la continuité, que ce soit au même niveau ou aux autres niveaux, qui nécessite de mieux organiser la tenue des dossiers et de disposer de plus d'informations concernant le patient ou les services.

### 3. L'ASSURANCE DE LA QUALITE

Il est maintenant opportun de s'intéresser plus particulièrement à la "qualité des soins de santé primaires". La qualité en question ne peut être garantie et assurée que par un système "d'assurance de la qualité" semblable à ceux qui sont utilisés dans l'industrie, l'administration, etc. Toutefois, il faut remarquer que le concept d'assurance de la qualité n'est pas une innovation des temps modernes. En fait, il existe des systèmes similaires bien plus anciens, parmi lesquels le plus important et le plus adapté aux valeurs culturelles de la Région est celui que l'on appelle "système *Hisba*"<sup>1</sup>. Ce système a été mis en place à l'époque des premiers califes des musulmans, défenseurs de l'orthodoxie. C'était le Chef *Muhtasib*<sup>2</sup> qui assumait les fonctions de la "*Hisba*", aidé en cela par un certain nombre de *muhtasib* adjoints qui étaient secondés à leur tour par un certain nombre d'assistants. Ce système garantissait que tous les services publics s'effectuaient selon des critères ou des normes préétablis. La compétence des *muhtasib* comprenait notamment le contrôle des médecins, des pharmaciens et des hôpitaux pour assurer que leurs activités, leurs prescriptions concernant aussi bien le traitement médical

---

<sup>1</sup> *Hisba* signifie l'inspection des marchés et la vérification des poids et mesures.

<sup>2</sup> Le *Muhtasib* était l'inspecteur des marchés et le contrôleur des poids et mesures.

que le régime alimentaire et les services relevant de leur responsabilité correspondent autant que possible aux critères et normes établis par le système *Hisba* à la lumière de l'état des connaissances à l'époque.

Le concept moderne de l'assurance de la qualité n'est pas très différent du concept de *Hisba*. Il requiert la présence dans la structure du système concerné de certaines **garanties** qui permettent d'avoir une performance de qualité. Ceci inclut un **mécanisme de surveillance et de contrôle continu de la qualité** garantissant une performance optimale. Le contrôle ou la surveillance de la qualité n'aurait aucun sens s'il n'était pas suivi immédiatement de mesures correctives pour redresser la situation. Si l'on veut être plus précis, il s'agit d'assurer la qualité par le contrôle continu ou l'examen. Ceci inclut donc deux activités: une activité d'évaluation qui consiste à évaluer la qualité de la performance, et une activité d'ajustement qui concerne les mesures à prendre pour corriger toute déviation par rapport à des normes arrêtées. La détermination des normes constitue donc la première étape dans la mise en route d'un système d'assurance de la qualité.

### 3.1 Evaluation

Si la "qualité des soins de santé", conformément au postulat précédent, signifie "la mesure dans laquelle les moyens les plus accessibles, les plus acceptables, les plus sûrs et les plus équitables, qui sont aussi les moins coûteux et nécessitent le moins de temps, sont mis en oeuvre pour atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, qu'il s'agisse de protéger la santé de ceux qui sont en bonne santé, de rétablir la santé de ceux qui sont malades ou de promouvoir la santé des uns et des autres"; notre évaluation de la qualité des soins devrait être fondée, selon Donabedian, sur trois éléments de base: la structure du système de soins de santé, le processus de soins et les résultats de ce processus.

En ce qui concerne la "**structure**" du système de soins de santé, l'évaluation devrait porter sur les différentes composantes ou ressources de ce système, à savoir: 1) les ressources humaines pour la santé; 2) les établissements de santé; 3) les fournitures médicales; et 4) les connaissances dans le domaine de la santé.

L'évaluation des **ressources humaines** pour la santé devrait s'intéresser à chacune des différentes catégories de personnel: comment ont-ils été formés et quel enseignement ont-ils reçu? Les normes fixées ont-elles été respectées durant cette formation? La catégorie en question bénéficie-t-elle d'une formation continue ou d'un recyclage sous une forme ou une autre? Est-il permis aux membres de cette catégorie de participer à des conférences, des colloques scientifiques ou des séminaires?

L'évaluation des ressources humaines s'intéresse également à la question de la répartition de ces ressources, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (par exemple, l'affectation de certaines catégories dans des zones urbaines ou dans des hôpitaux généraux ou spécialisés) ainsi qu'à celle de la productivité de ces catégories: la productivité de l'une ou l'autre de ces catégories est-elle trop élevée ou trop faible, affectant ainsi la prestation de soins et certains domaines subissant les conséquences de la négligence ou de l'apathie; ou bien est-ce qu'un médecin

effectue le travail d'une infirmière ou vice versa; ou bien encore l'un et l'autre (médecin et infirmière) doivent-ils effectuer des tâches administratives et du travail de bureau au détriment de leur activité professionnelle?

L'évaluation des **établissements de santé** comprend leur implantation, leur proximité des utilisateurs des services, leur degré de conformité aux exigences sanitaires, la disponibilité des moyens nécessaires pour rendre leurs services accessibles aux utilisateurs, la disponibilité de services spécialisés, etc.

L'évaluation des **fournitures médicales** consiste à examiner la disponibilité des fournitures telles que le matériel, les médicaments et les moyens de transport, à vérifier que l'utilisation des équipements est correcte et leur entretien bien effectué, et que le personnel concerné est formé à leur utilisation, que les mesures appropriées sont prises pour éviter qu'ils ne tombent en panne ou qu'ils ne soient déréglés. Dans le domaine des médicaments, cela comprend la régularité de l'approvisionnement des établissements de soins de santé en médicaments, le contrôle de leur validité en vérifiant que la date limite d'utilisation n'est pas dépassée et que les moyens voulus sont utilisés pour les conserver, en particulier si leur conservation implique certaines conditions requises, telles la réfrigération ou le fait de les mettre à l'abri de la lumière, de l'humidité ou de la chaleur.

L'évaluation des **connaissances en matière de santé** s'intéresse à la disponibilité des revues et ouvrages scientifiques, des bulletins d'information fiables et des résultats des travaux de recherche récents, indépendamment du fait de savoir si ces connaissances et éléments d'information ont été obtenus par des méthodes traditionnelles ou grâce à la technologie informatique moderne.

L'évaluation du **processus de soins même** couvre tous les stades de ce processus depuis l'arrivée du patient dans l'établissement de santé jusqu'à sa sortie. En conséquence, cette évaluation comprend les éléments suivants: comment le patient est accueilli par le personnel de santé, comment on s'enquiert du motif de sa venue et des antécédents médicaux, comment on procède à tout examen clinique requis et comment les différents tests diagnostiques sont prescrits. Il s'agit en outre d'évaluer la prescription du traitement médical et du régime alimentaire et de voir si toutes les informations dont le patient a besoin lui sont fournies et si l'on saisit les occasions de lui donner des conseils appropriés. Si des médicaments sont administrés aux patients dans l'établissement de santé, il faut considérer la manière dont ces médicaments sont administrés et dans quelle mesure ils conviennent aux patients en ce qui concerne leur forme pharmaceutique, leur conditionnement ainsi que la clarté des instructions données aux patients, et comment s'assurer que ceux-ci se conforment strictement aux instructions dans la prise des médicaments qui leur ont été prescrits, etc.

L'évaluation doit en outre s'intéresser aux dossiers des patients quant à leur disponibilité, la consultation de ces dossiers par les médecins et autres personnels de santé et leur utilisation dans la préparation des statistiques.

L'évaluation des **résultats** se concentre sur l'impact positif ou négatif de la visite du patient dans l'établissement de santé sur son état de santé et ses connaissances, attitudes, pratiques et comportements en ce qui concerne la santé. Cela comprend également l'impression que garde le patient de sa visite dans l'établissement de santé et sa satisfaction ou son mécontentement à l'égard de l'accueil qui lui a été réservé et du service fourni.

### 3.2 Normes et critères

Nous avons déjà mentionné que la définition des normes constitue une étape indispensable dans l'établissement d'un système d'assurance de la qualité. C'est à la lumière de ces normes que l'évaluation s'effectue et que les mesures à prendre pour effectuer les corrections, ajustements et améliorations sont déterminées.

Après s'être intéressé tour à tour à la "structure", au "processus" et aux "résultats", on doit définir les critères qui doivent être adoptés pour ce qui concerne chacun de ces trois éléments de base afin de nous permettre de juger de la qualité de chacun. Par exemple, les effectifs de personnel de santé dans un centre fréquenté par un certain nombre de patients (structure), ou bien le fait de prendre la tension artérielle d'une femme enceinte durant la grossesse (processus) ou l'apparition d'énurésie après une opération de la prostate (résultat). Si on parvient à déterminer le niveau recherché pour chacun de ces critères, on arrive alors aux normes. On peut dire par exemple: un nombre déterminé de personnel de santé dans un centre de santé doit dispenser des soins à un certain nombre de patients, ou bien il faut prendre la tension artérielle d'une femme enceinte un nombre donné de fois au cours de la grossesse, ou une proportion de cas d'énurésie ne devrait pas dépasser un pourcentage déterminé du nombre de patients ayant subi une opération de la prostate, etc.

La classification de ces normes peut s'effectuer selon différentes approches.

La **première approche**, qui classe les normes en fonction de la structure, du processus et des résultats, a déjà été évoquée.

La **deuxième approche** consiste à les classer en normes inspirées d'autres normes établies et en normes fondées sur la pratique. Pour les premières, il s'agit de normes inspirées d'ouvrages scientifiques de référence et de travaux de recherche publiés dont les auteurs sont des praticiens éminents dans ce domaine. Pour les autres, elles sont fondées sur la pratique "**normale**" et l'usage de la majorité des praticiens et spécialistes fiables - une norme devient alors "**la**" norme.

La **troisième approche** représente un compromis entre ce que dictent les ouvrages de référence et ce qui ressort de l'empirisme. Cette troisième approche montre combien le processus de préparation des normes est minutieux et instructif. Par exemple, un dossier médical sera-t-il transmis à un médecin expérimenté à qui on aura confié la responsabilité de juger de sa qualité en fonction de critères reconnus de manière implicite ou ce jugement de qualité sera-t-il fondé sur des normes tout à fait explicites? Y aura-t-il, au lieu de cela, un compromis ou une combinaison des deux?

Il y a lieu de noter à cet égard que la préparation de normes minutieuses peut nécessiter des efforts ardu, mais qu'elle constitue en retour un processus éducatif dont tous les participants à ce processus profitent et tirent des enseignements. Il faut également prendre note de l'impossibilité pour ceux qui préparent les normes, quels qu'ils soient, de mentionner chaque détail sans en oublier aucun, du moindre au plus important. Il va sans dire que l'absence de ces infimes détails affecterait le processus d'évaluation.

La **quatrième approche** représente la méthode de présentation de ces normes. Seront-elles présentées sous la forme d'une longue liste qui cherche à inclure tous les détails, les uns après les autres? Y aura-t-il des subdivisions après chaque élément principal? Ou bien seront-elles présentées sous forme graphique?

La **cinquième et dernière approche** montre si toutes ces normes pèsent de la même manière ou si certaines devraient peser plus que d'autres; en d'autres termes, si la pondération devrait être égale ou différentielle.

Maintenant que nous avons décrit et classifié les critères et les normes, il nous faut procéder à l'examen de leurs attributs servant à l'évaluation. A cet égard, nous devons nous assurer de la validité de chacun d'eux en tant qu'indicateur de la qualité; de leur **pertinence** en ce qui concerne la qualité; de la **fiabilité** des dossiers (à la fois dans les centres de santé et dans les établissements spécialisés), de leur **adaptabilité** aux différents cas; de leur **rigueur**: est-elle trop stricte pour être utilisée ou trop clémentine pour avoir une importance dans une évaluation ou bien est-elle modérée? et enfin de leur **efficacité pour l'examen de la qualité**.

#### 4. **EXPERIENCE RELATIVE A L'ASSURANCE DE LA QUALITE DANS LA REGION**

Plusieurs programmes, projets pilotes et interventions ont été lancés au cours des dernières années dans la Région de la Méditerranée orientale pour assurer la qualité des soins de santé primaires.

Toutefois, la plupart de ces interventions ont été restreintes, inégales et d'envergure limitée; elles n'ont donc pas pu être institutionnalisées dans l'ensemble du système. Dans certains cas, cette action a été engagée suite à l'insatisfaction des clients ou s'est inscrite dans le cadre d'un effort de recherche. Il a été difficile de maintenir ces initiatives en raison de la faiblesse de la gestion et de la persistance d'une mauvaise interprétation du concept de l'assurance de la qualité.

On trouve différents modèles d'assurance de la qualité dans la Région. La structure pour l'assurance de la qualité varie d'un pays à l'autre. Dans un cas, l'assurance de la qualité fait partie du service SSP au niveau central mais aucune représentation de l'assurance de la qualité ne peut être trouvée aux niveaux inférieurs. Dans un autre exemple, on observe une vaste réorganisation du Ministère de la Santé au niveau central dans laquelle l'assurance de la qualité figure en bonne place. Dans un troisième exemple, on voit que l'assurance de la qualité est présente dans certains services concernés qui prévoient également la surveillance

continue et l'évaluation. Récemment, des projets pilotes ont été lancés dans plusieurs pays, en particulier dans les hôpitaux, propageant ainsi la nouvelle tendance à considérer l'assurance de la qualité comme un instrument de leadership permettant d'améliorer la performance de manière continue.

#### 4.1 Initiatives d'avant-garde

L'expérience de l'Arabie saoudite dans le développement d'un système national d'assurance de la qualité mérite d'être mentionnée. Plusieurs manuels ont déjà été produits à cette fin. Selon ce système, l'assurance de la qualité implique ce qui suit: maintenir des normes préétablies pour les soins dispensés dans les services de santé à tous les membres de la communauté et au moment où ils sont requis; assurer l'exécution appropriée d'activités sanitaires efficaces; rechercher en permanence des moyens d'améliorer les soins de santé communautaires, définis en termes d'objectifs préétablis, spécifiques et clairs; surveiller en permanence les normes préétablies en utilisant certains indicateurs liés aux éléments des SSP.

L'initiative relative à l'assurance de la qualité en Arabie saoudite couvre les huit éléments des soins de santé primaires et certaines activités essentielles de soutien. Ceci inclut la participation communautaire, les soins pédiatriques, la vaccination, l'orientation-recours, les soins dispensés aux hypertendus et aux diabétiques, l'éducation pour la santé, les soins maternels, les maladies transmissibles, et les mesures d'assainissement de base. Les normes comportent des indicateurs spécifiques fiables, établis pour surveiller la structure, les processus et les résultats.

Des initiatives récentes ont également vu le jour en Jordanie. Parmi ces initiatives, on trouve la planification stratégique pour l'assurance de la qualité, des études pour évaluer la qualité des soins, des séminaires-ateliers de sensibilisation et un atelier pratique. Sur la base de ces initiatives, une infrastructure gouvernementale a été établie pour l'assurance de la qualité dans une perspective d'avenir.

En Egypte, le Ministère de la Santé a récemment patronné, dans cinq hôpitaux publics, un programme expérimental consacré au recouvrement des coûts de santé ayant pour but d'améliorer la qualité des soins et de faire en sorte que les patients aient une meilleure perception de la qualité des services fournis. L'assurance de la qualité est mise en place dans deux de ces hôpitaux pilotes. Le Ministère de la Santé s'est montré intéressé par le développement de l'assurance de la qualité au niveau national et une conférence a été organisée à ce sujet au Caire en 1994. Trente cadres supérieurs de la santé y ont assisté.

La première conférence nationale sur l'assurance de la qualité dans les soins de santé s'est tenue au Caire du 26 au 28 septembre 1995. Y ont assisté plus de 600 participants venus de toutes les régions du pays ainsi que plusieurs personnalités universitaires et des représentants de certains Etats arabes. Lors de cette Conférence les points suivants ont été examinés: les concepts fondamentaux de l'assurance de la qualité, la

mise en oeuvre de l'assurance de la qualité, l'application du processus d'assurance de la qualité, les techniques d'amélioration permanente de la qualité. Les éléments fondamentaux relatifs à l'application du système d'assurance de la qualité dans les soins de santé ont également été examinés par plusieurs groupes de travail. A l'issue de cette conférence, un plan national a été établi pour l'assurance de la qualité. Il convient de noter que le principal organisateur de cette Conférence était la Société égyptienne d'assurance de la qualité dans les soins de santé, organisation non gouvernementale créée en 1995, qui compte parmi ses membres des cadres dirigeants de la santé.

#### 4.2 Stratégie proposée

Il est impératif et urgent de prendre des mesures immédiates afin de mettre en place un système d'assurance de la qualité des soins de santé dans tous les pays de la Région. Toutefois, pour ce faire, il est nécessaire au préalable que tout le personnel de soins de santé soit convaincu en connaissance de cause de cette nécessité.

Les premières mesures à prendre à cet égard devraient donc consister à défendre et promouvoir le concept de la qualité des soins de santé, assurer le maintien de la qualité, initier les professionnels de la santé et les autres personnels de santé aux principes de l'assurance de la qualité et les convaincre qu'il est urgent de mettre en place un système d'assurance de la qualité.

Il serait opportun, à ce stade, que les Ministères de la Santé de la Région créent un comité national d'assurance de la qualité, dont les membres seraient recrutés dans l'élite dirigeante des professionnels de la santé qui, outre leurs connaissances et leur perspicacité, devraient représenter les différents secteurs responsables des soins médicaux et des soins auxiliaires, y compris les sociétés scientifiques, associations professionnelles et organisations non gouvernementales intéressées. Ce comité, soit lui-même soit par l'intermédiaire d'un certain nombre de sous-comités, devrait être chargé en premier lieu de faire mieux connaître le concept d'assurance de la qualité et de préparer la documentation scientifique et les directives destinées à guider les activités du programme visé. Ce comité devrait également être responsable de la définition des critères et normes en fonction desquels la performance sera évaluée, en cherchant à obtenir la participation du plus grand nombre possible d'organismes concernés à cette activité en vue de parvenir à un consensus sur ces critères et normes. Ce comité devrait en outre établir un plan d'action détaillé et superviser son exécution.

Certaines activités de ce comité devraient accorder une place importante à la participation communautaire, chaque fois que possible ou si nécessaire; cette participation en tant que telle garantit le succès du programme et permet d'exercer une vigilance en ce qui concerne l'application de normes en s'assurant qu'elles sont strictement respectées.

## RECOMMANDATIONS

Il est recommandé que dans chaque pays de la Région le Ministère de la Santé:

- \* forme un comité d'assurance de la qualité des soins de santé qui devra établir un plan d'action pour la mise en place d'un système d'assurance de la qualité, y compris la promotion du concept de l'assurance de la qualité, l'initiation de tout le personnel de santé à l'assurance de la qualité en tant que système important et nécessaire, la détermination des critères et normes requis ainsi que les mesures nécessaires à prendre pour exécuter ce plan d'action, et
- \* désigne un point focal qui sera responsable de la communication avec le Bureau régional et avec ses homologues désignés points focaux dans les autres pays.

Il est également recommandé que le Directeur régional:

- \* fournisse l'appui technique nécessaire à tous pays désirant mettre en place un système d'assurance de la qualité des soins de santé;
- \* prépare des directives pour faciliter les travaux des comités nationaux d'assurance de la qualité des soins de santé;
- \* convoque une réunion de consultation interpays ou régionale à laquelle assisteraient les points focaux afin d'examiner les mesures déjà prises et de décider des activités futures.