Machine Translated by Google

Offrir des services de santé de qualité

Un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle

World Health Organization
WORLD BANK GROUP
OECD

Machine Translated by Google

Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle

ISBN 978-92-4-151390-6 OMS

ISBN 978-92-64-30030-9 (PDF) OCDE

© Organisation mondiale de la Santé, OCDE, et
Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2018

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce travail, il ne doit y avoir aucune suggestion que l'OMS, l'OCDE et la Banque mondiale approuvent une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'OMS, de l'OCDE ou de la Banque mondiale n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez autoriser votre œuvre sous la même licence Creative Commons ou une licence équivalente et ajouter la clause de non-responsabilité suivante avec la citation suggérée : « Ceci est une adaptation d'une œuvre originale de l'OMS, de l'OCDE et de la Banque mondiale. La responsabilité des vues et opinions exprimées dans l'adaptation incombe uniquement à l'auteur ou aux auteurs de l'adaptation et ne sont pas approuvées par l'OMS, l'OCDE ou toute institution membre du Groupe de la Banque mondiale ». Si vous créez une traduction de cet ouvrage, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante avec la citation suggérée : "Cette traduction n'a pas été créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'OCDE ou la Banque mondiale. L'OMS, l'OCDE et la Banque mondiale ne sont pas responsables du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition contraignante et authentique ».

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence doit être menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

Citation suggérée. Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé, Organisation de coopération et de développement économiques et Banque mondiale ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Données de catalogage avant publication (CIP). Les données CIP sont disponibles sur http://apps.who.int/iris.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir http://apps.who.int/bookorders. Pour soumettre des demandes d'utilisation commerciale et des questions sur les droits et les licences, voir http://www.who.int/about/licensing.

Matériaux tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de ce travail qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, des figures ou des images, il est de votre responsabilité de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout composant appartenant à un tiers dans le travail incombe uniquement à l'utilisateur.

Avertissements généraux. Les désignations employées et la présentation du matériel dans cette publication n'impliquent pas l'expression d'une quelconque opinion de la part de l'Organisation mondiale de la santé, de l'OCDE et de la Banque mondiale concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il se peut qu'il n'y ait pas encore d'accord complet.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils soient approuvés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE et la Banque mondiale de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms de produits propriétaires se distinguent par des lettres majuscules initiales.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE et la Banque mondiale pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE et la Banque mondiale ne pourront être tenus responsables des dommages résultant de son utilisation.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OMS, de l'OCDE ou de la Banque mondiale, de son Conseil d'administration ou des gouvernements qu'ils représentent.
La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans cette publication.

Imprimé en Suisse

Icônes conçues par Freepik, de www.flaticon.com

Machine Translated by Google

Contenu

Préface. 5

Remerciements. 7

Abréviations. 9

Résumé. 11

Chapitre 1 Contexte : rechercher la qualité dans les services de soins de santé. . . . . 15 1.1 Preuve généralisée de mauvaise qualité dans tous les pays. . . . . 16 1.2 L'argument économique de la bonne qualité. . . . . 17 1.3 La qualité comme élément fondamental de la couverture sanitaire universelle. . . . . 17 1.4 Accessibilité financière de la qualité pour tous les pays. 19

Chapitre 2 À propos de ce document. . . . . 23 2.1 Objectifs. . . . . 24 2.2 Portée. . . . . 24 2.3 Contenu. 24

Chapitre 3 État mondial de la qualité des soins de santé. . . . . 27 3.1 L'impératif de qualité pour la couverture sanitaire universelle. . . . . 28 3.2 Définir la qualité des soins. . . . . 30 3.3 Image globale de la qualité des soins de santé. . . . . 32 3.4 Conclusion. 37

Chapitre 4 Intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé. . . . . 41 4.1 Présentation. . . . . 42 4.2 Fondements pour des soins de qualité. . . . . 42 4.3 La qualité des soins comme fondement des soins de santé centrés sur la personne . . . . . 49 4.4 La vision : des systèmes de santé engagés dans des soins centrés sur la personne. . . . . 52 4.5 Conclusion. 54

Chapitre 5 Comprendre les leviers d'amélioration de la qualité. . . . . 57 5.1 Présentation. . . . . 58 5.2 Favoriser l'amélioration par le biais d'une politique et d'une stratégie nationales de qualité. . . . . 58 5.3 Interventions de qualité. . . . . 62 5.4 Considération et sélection d'interventions de qualité. . . . . 65 5.5 Conclusion. 67

Chapitre 6 L'appel à l'action de qualité. . . . . 73 6.1 Développement durable, qualité et voie à suivre . . . . . 74 6.2 Appel à l'action. 74

Références. 77

Annexe : Interventions d'amélioration. 87

Machine Translated by Google

Contenu

Figures

Figure 3.1 Mortalité médiane des moins de 5 ans selon les dimensions de l'inégalité, 2005-2012. . . . . 28 Figure 3.2 Éléments de la qualité des soins de santé. . . . . 31 Figure 3.3 Nombre de vignettes cliniques correctement diagnostiquées par les prestataires kenyans. . . . . 33 Figure 3.4 Charge de morbidité causée par des événements indésirables, 2015. 34

Figure 3.5 Médecin fournissant des explications faciles à comprendre. 35

Figure 3.6 Tendances des temps d'attente moyens pour une arthroplastie de la hanche. . . . . 36 Figure 3.7 Qualité structurelle et de processus des services maternels par niveau de pauvreté du comté au Kenya. 36

Figure 4.1 Densité et répartition mondiales des professionnels de santé qualifiés. 43

Figure 4.2 Variations de la disponibilité des équipements de base dans les établissements de santé en Afrique sub-saharienne. 45

Figure 4.3 Les soins primaires en tant que centre de coordination. . . . . 53 Figure 4.4 Cinq stratégies pour des services centrés sur la personne. 54

les tables

Tableau 5.1 Exemples d'interventions de qualité. . . . . 66 Tableau 5.2 Interventions liées à la qualité : impliquer les acteurs clés. 68

Des boites

Encadré 3.1 Libéria : intégrer la qualité dans le programme de santé post-Ebola. 30

Encadré 4.1 Étude de cas : former et retenir les agents de santé dans les zones mal desservies des Philippines. . . . . 44 Encadré 4.2 Étude de cas : Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. . . . . 47 Encadré 4.3 Étude de cas : amélioration de l'état civil et des statistiques de l'état civil en Ouganda. . . . . 48 Encadré 4.4 Étude de cas : besoins non satisfaits pour la prise en charge des maladies chroniques. . . . . 50 Encadré 4.5 Étude de cas : soins primaires au Costa Rica. . . . . 51 Encadré 4.6 Étude de cas : utiliser Citizen Voice and Action pour autonomiser les communautés en Ouganda. . . 51 Encadré 4.7 Actions clés : intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé. 55

Encadré 5.1 Étude de cas : Éthiopie – Stratégie nationale de qualité des soins de santé 2016-2020. . . . . 59 Encadré 5.2 Étude de cas : Soudan – Politique et stratégie nationales de qualité des soins de santé. . . . . 60 Encadré 5.3 Étude de cas : Mexique – Stratégie nationale pour la consolidation de la qualité dans les soins de santé Installations et services. 61

Encadré 5.4 Étude de cas : Ontario, Canada – Loi et stratégie d'excellence des soins pour tous. . . . . 64 Encadré 5.5 Actions clés : comprendre les leviers d'amélioration de la qualité. 69

Encadré 6.1 Actions de haut niveau par des circonscriptions clés pour la qualité des soins de santé. 75

Machine Translated by Google

Préface

Les objectifs de développement durable (ODD) réaffirment un engagement mondial à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici 2030. Cela signifie que toutes les personnes et toutes les communautés, partout dans le monde, doivent avoir accès aux services de santé de haute qualité dont elles ont besoin - promotion, préventive, curative, rééducative ou palliative – sans faire face à des difficultés financières.

La façon dont nous mesurons généralement les progrès en matière de CSU est par une couverture efficace des services de santé essentiels et une protection financière (garantissant que personne ne s'appauvrit en raison d'une mauvaise santé). Mais même si le monde parvenait à une couverture sanitaire et à une protection financière essentielles, les résultats sanitaires resteraient médiocres si les services étaient de mauvaise qualité et dangereux. La prestation de services de santé de qualité est essentielle à la CSU. C'est l'objet de ce rapport.

Les preuves suggèrent que les soins de qualité inférieure gaspillent des ressources importantes et nuisent à la santé des populations, détruisant le capital humain et réduisant la productivité. La qualité des soins, en particulier la sécurité des patients, est essentielle pour instaurer la confiance dans les services de santé. Elle est également essentielle à la sécurité sanitaire mondiale, qui commence par la sécurité sanitaire locale et dépend à son tour de services de santé de première ligne de haute qualité. Des services de santé de qualité préviennent non seulement la souffrance humaine et garantissent des sociétés plus saines, mais ils garantissent également un meilleur capital humain et des économies plus saines.

Trop souvent, la qualité est perçue comme un luxe que seuls les pays riches peuvent se permettre. C'est une erreur. La mise en place de services de santé de qualité nécessite une culture de transparence, d'engagement et d'ouverture sur les résultats, qui sont possibles dans toutes les sociétés, quel que soit leur niveau de revenu. Partout dans le monde, les leçons abondent sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, fournissant une base solide à partir de laquelle accélérer rapidement une révolution de la qualité.
L'innovation technologique joue un rôle clé en offrant de nouvelles façons d'étendre plus rapidement et à un coût abordable des services de soins de santé de haute qualité.

L'accent mis sur l'humain doit être au cœur de la qualité. Les personnes et les communautés doivent être impliquées dans la conception, la prestation et l'évaluation continue des services de santé pour s'assurer qu'ils sont conçus pour répondre aux besoins de santé locaux - plutôt qu'à ceux des donateurs, des intérêts commerciaux ou politiques, ou parce que "ça a toujours été fait comme ça". .
Se concentrer sur la qualité est essentiel, mais le leadership doit également se concentrer sur la célébration de l'excellence ; communiquer de manière transparente ; et favoriser la collaboration entre les équipes cliniques, ainsi qu'avec les patients et la société civile - y compris les groupes de patients, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires de base.

La couverture maladie universelle n'est pas un rêve pour l'avenir. C'est déjà une réalité dans de nombreux pays ; cependant, sans services de santé de qualité, cela peut rester une promesse vide de sens.
Ce rapport fondamental présente des arguments techniques et politiques solides pour investir dans des services de santé de qualité. Le prix collectif est un monde plus sain, plus sûr et plus juste.

Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général
Organisation mondiale de la santé

Jim Yong Kim
Président
Le Groupe de la Banque mondiale

Ange Gurria
Secrétaire général
OCDE

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Remerciements

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

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

Le document a bénéficié des riches contributions du Comité consultatif, composé des membres suivants : Sir Liam Donaldson (Président), Clifford Hughes, Tawfik Khoja, Jan Mainz, Rashad Massoud, Robin Osborn, Enrique Ruelas, Paul Shekelle, Anuwat Supachutikul et Nana Mais Twum-Dance.

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

L'annexe sur les interventions d'amélioration a été produite par Sheila Leatherman (Gillings School of Global Public Health, Université de Caroline du Nord) et Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia, Ruma Rajbhandari et Kim Reimold (Harvard Initiative on Global Health Quality at the Harvard Global Health Institut).

Nous tenons à remercier Gheorghe Sorin Banica et Laura Pearson pour leur soutien administratif et Gary Humphreys pour la rédaction de la première ébauche du document.

Nous tenons également à remercier les pairs examinateurs suivants : Donald Berwick, Helen Haskell, Margaret Kruk et Ephrem Lemango.

Enfin, nous voudrions exprimer notre gratitude aux nombreux autres membres du personnel des trois organisations partenaires qui ont contribué à ce document. Sans leur dévouement, leur soutien et leur expertise, ce travail n'aurait pas été possible :

Yetmgeta Abdella, Najeeb Al Shorbaji, Benedetta Allegranzi, Broog Alsadhan, Shannon Barkley, Marie-Charlotte Bouesseau, James Campbell, Meena Cherian, Mickey Chopra, Krycia Cowling, Jishnu Das, Neelam Dhingra-Kumar, Joan Dzenowagis, Peter Engelfriet, Linda Freiheit, Ruben Frescas, Michele Gragnolati, Michelle Karen Funk, Javier Gomez Batiste-Alentorn, Joyce Hightower, Maki Kajiwara, Rania Kawar, Michael George Kay,

Machine Translated by Google

Remerciements

Claire Kilpatrick, Ramesh Krishnamurthy, Angela Lashoher, Agnes Leotsakos, Manon Lette, Akiko Maeda, Nicola Magrini, Elizabeth Mason, Kellie McGee, Nana Mensah Abrampah, Hernan Montenegro Von Mühlenbrock, Margaret Murphy, Jillian Oderkirk, Shanti Pal, Felicity Pocklington, Nittita Prasopa -Plaizier, Paul Peter Schneider, Emma Scholar, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, Maria Angelica Sousa, Julie Storr, Nuria Toro Polanco, Andreas Ullrich, Krisantha Weerasuriya, Erica Wheeler, Tana Wuliji, Mohammad Taghi Yasamy, Junping Yu, Hongwen Zhao et Hao Zheng . . . .

Machine Translated by Google

Abréviations

SÉPARÉ	centres de soins de santé intégrés aide à la décision clinique années de vie ajustées sur l'incapacité
CDS	équipes de base de soins de santé intégrés
DALY	
EBAI	
EuroHOPE	European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency (projet)
ETS	Évaluation de la technologie de la santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques rémunération au
P4P	rendement
ODD	Objectif de développement durable
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance
TU AS DIT	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Machine Translated by Google

Abréviations

Machine Translated by Google

Résumé

Ce document – Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle – décrit le rôle essentiel de la qualité dans la prestation des services de santé. Alors que les nations s'engagent à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030, il est de plus en plus reconnu que des soins de santé optimaux ne peuvent être fournis en assurant simplement la coexistence des infrastructures, des fournitures médicales et des prestataires de soins de santé.
L'amélioration de la prestation des soins de santé nécessite de se concentrer délibérément sur la qualité des services de santé, ce qui implique de fournir des soins efficaces, sûrs, centrés sur la personne, opportuns, équitables, intégrés et efficients. La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.

Les données montrent que la qualité des soins dans la plupart des pays, en particulier les pays à revenu faible et intermédiaire, est sous-optimale, comme le révèlent les exemples suivants.

- Le respect des directives de pratique clinique dans huit pays à revenu faible ou intermédiaire était inférieur à 50 % dans plusieurs cas, ce qui a entraîné des soins prénatals et infantiles de mauvaise qualité et une planification familiale déficiente.
- L'initiative des indicateurs de prestation de services dans sept pays à revenu faible et intermédiaire a montré une variation significative de l'absentéisme des prestataires (14,3 à 44,3 %), de la productivité quotidienne (5,2 à 17,4 patients), de la précision du diagnostic (34 à 72,2 %) et du respect des directives cliniques (22–43,8 %).
- Une revue systématique de 80 études a montré que la pratique clinique sous-optimale est courante dans les établissements de soins de santé primaires privés et publics dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les pays à revenu élevé et intermédiaire montrent que 19 à 53 % des femmes âgées de 50 à 69 ans n'ont pas subi de dépistage par mammographie et que 27 à 73 % des adultes plus âgés (65 ans et plus) n'ont pas été vaccinés contre la grippe.

DE MEILLEURS RÉSULTATS DE SANTÉ GRÂCE À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ Des services de santé de haute qualité impliquent les bons soins, au bon moment, répondant aux besoins et aux préférences des utilisateurs des services, tout en minimisant les dommages et le gaspillage des ressources. Des soins de santé de qualité augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et correspondent à sept caractéristiques mesurables : efficacité, sécurité, approche centrée sur la personne , rapidité d'exécution, équité, intégration des soins et efficience. Par exemple, au Pakistan, l'amélioration de l'accès au premier contact avec les agents de santé grâce au programme Lady Health Worker a amélioré la prise en charge de la pneumonie et réduit la mortalité néonatale.

INTÉGRER DES MÉCANISMES DE QUALITÉ DANS LES FONDATIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les cinq éléments fondamentaux essentiels à la prestation de services de soins de santé de qualité sont les travailleurs de la santé; établissements de soins de santé; médicaments, dispositifs et autres technologies ; systèmes d'information; et le financement. Veiller à ce que la qualité soit intégrée dans les fondations

Machine Translated by Google

des systèmes, les gouvernements, les décideurs, les dirigeants du système de santé, les patients et les cliniciens devraient travailler ensemble pour :

- assurer un personnel de santé de haute qualité ; • assurer l'excellence dans tous les établissements de soins de santé;
- assurer une utilisation sûre et efficace des médicaments, dispositifs et autres technologies ; • assurer une utilisation efficace des systèmes d'information sanitaire ; • développer des mécanismes de financement qui soutiennent l'amélioration continue de la qualité.

INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS La qualité est un concept complexe et à multiples facettes qui nécessite la conception et le déploiement simultané de combinaisons d'interventions discrètes. L'élaboration, l'affinement et l'exécution d'une politique et d'une stratégie nationales de qualité sont une priorité croissante alors que les pays s'efforcent d'améliorer systématiquement la performance du système de santé. La plupart des approches d'élaboration d'une stratégie nationale de qualité impliquent un ou plusieurs des processus suivants :

- une politique de qualité et une stratégie de mise en œuvre dans le cadre du secteur formel de la santé plan national;
- un document de politique qualité élaboré en tant que document national autonome, généralement dans le cadre d'un processus multipartite, dirigé ou soutenu par le ministère de la santé ; • une stratégie nationale de mise en œuvre de la qualité – avec un programme d'action détaillé – qui comprend également une section sur les domaines politiques essentiels ;
- habiliter la législation et les statuts réglementaires pour soutenir la politique et la stratégie.

Sept catégories d'interventions se distinguent et sont régulièrement prises en compte par les acteurs du système de santé, y compris les prestataires, les gestionnaires et les décideurs, lorsqu'ils tentent d'améliorer la qualité du système de soins de santé :

- changer la pratique clinique en première ligne; • établir des normes ; • engager et responsabiliser les patients, les familles et les communautés ; • l'information et l'éducation des agents de santé, des gestionnaires et des décideurs politiques ; • utilisation de programmes et de méthodes d'amélioration continue de la qualité ; • établir des incitations basées sur la performance (financières et non financières) ; • législation et réglementation.

La sélection par les gouvernements d'une gamme et d'un mélange d'interventions de qualité doit être effectuée en examinant attentivement les interventions d'amélioration de la qualité fondées sur des preuves par rapport à l'environnement du système ; réduire les dommages ; amélioration des soins cliniques; et l'engagement et l'autonomisation des patients, des familles et de la communauté.

PARTAGE DES LEÇONS APPRISES POUR UNE MISE À L'ÉCHELLE RÉUSSIE INTERVENTIONS

Plusieurs nations développent des innovations pour améliorer les différents aspects de la qualité. Comme décrit dans ce document, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont développé des interventions réussies, mais ont besoin d'une plate-forme mondiale pour partager les connaissances. Cela permettra aux nations de tirer des enseignements des interventions réussies et de les adapter à leurs populations locales. Cela permettra également aux nations d'éviter d'orienter leurs efforts vers des interventions infructueuses.

Machine Translated by Google

L'amélioration de la qualité des soins s'est avérée difficile pour toutes les nations. Cependant, fournir des soins de qualité aux personnes du monde entier reste la responsabilité partagée la plus importante et la possibilité d'améliorer la santé des personnes dans le monde. En mettant délibérément l'accent sur la qualité, les nations seront en mesure de faire des progrès significatifs vers la réalisation des objectifs de développement durable et d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

APPEL À L'ACTION

Ce document, du point de vue de trois institutions mondiales concernées par la santé - l'OCDE, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé - propose une voie à suivre pour les décideurs politiques de la santé qui cherchent à atteindre l'objectif d'accès à des soins de santé de haute qualité et centrés sur la personne. prestations pour tous.

Des actions de haut niveau sont requises de la part de chacune des parties prenantes clés qui doivent travailler ensemble avec un sentiment d'urgence pour permettre la réalisation de la promesse des objectifs de développement durable pour des soins de santé meilleurs et plus sûrs.

Tous les gouvernements devraient :

- avoir une politique et une stratégie nationales de qualité ;
- faire preuve de responsabilité quant à la prestation d'un service sécuritaire de haute qualité;
- veiller à ce que les réformes motivées par l'objectif de couverture sanitaire universelle renforcent la qualité dans les fondements de leurs systèmes de soins ;
- veiller à ce que les systèmes de santé disposent d'une infrastructure d'information et de technologie de l'information capable de mesurer et de rendre compte de la qualité des soins ;
- combler l'écart entre les performances réelles et réalisables en matière de qualité ; • renforcer les partenariats entre les prestataires de santé et les usagers de la santé qui qualité des soins;
- établir et maintenir un effectif de professionnels de la santé ayant la capacité et la capacité de répondre aux demandes et aux besoins de la population en matière de soins de haute qualité ;
- achat, financement et commission selon le principe de la valeur ; • financer la recherche sur l'amélioration de la qualité.

Tous les systèmes de santé doivent :

- mettre en œuvre des interventions fondées sur des preuves qui démontrent une amélioration ; • se comparer à des systèmes similaires offrant les meilleures performances ; • veiller à ce que toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique soient en mesure de minimiser son impact sur la qualité de leur vie ; • promouvoir les systèmes et les pratiques de culture qui réduiront les dommages aux patients ;
- renforcer la résilience pour permettre la prévention, la détection et la réponse à la sécurité sanitaire les menaces grâce à une attention focalisée sur la qualité ;
- mettre en place l'infrastructure d'apprentissage ; • fournir une assistance technique et une gestion des connaissances pour l'amélioration.

Tous les citoyens et patients doivent :

- être habilité à s'engager activement dans les soins pour optimiser leur état de santé ; • jouer un rôle de premier plan dans la conception de nouveaux modèles de soins pour répondre aux besoins de la communauté locale ; • être informés qu'il est de leur droit d'avoir accès à des soins qui répondent aux normes de qualité modernes;
- reçoivent un soutien, des informations et des compétences pour gérer leurs propres affections à long terme.

Machine Translated by Google

Résumé

Tous les travailleurs de la santé devraient :

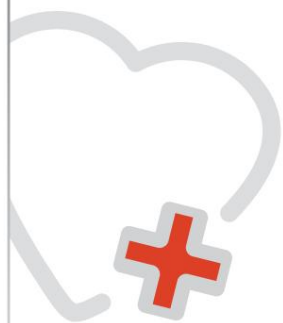
- participer à la mesure et à l'amélioration de la qualité avec leurs patients ;
- adopter une philosophie de pratique du travail d'équipe;
- considèrent les patients comme des partenaires dans la prestation des soins;
- s'engagent à fournir et à utiliser des données pour démontrer l'efficacité et la sécurité des soins.

Bien qu'aucun acteur ne soit en mesure d'effectuer tous ces changements, une approche intégrée dans laquelle différents acteurs travaillent ensemble pour accomplir leur part aura un effet démontrable sur la qualité des services de soins de santé dans le monde.

Machine Translated by Google

Arrière plan:

Chapitre 1 s'efforcer d'obtenir des services de santé de qualité



Machine Translated by Google

La couverture sanitaire universelle est un objectif important et noble. Inscrite dans les objectifs de développement durable (ODD), la couverture sanitaire universelle vise à assurer la sécurité sanitaire et l'accès universel aux services de soins essentiels sans difficultés financières pour les individus, les familles et les communautés, permettant ainsi une transition vers des sociétés et des économies plus productives et équitables.

Mais la couverture sanitaire universelle ne doit pas être discutée et planifiée, et encore moins mise en œuvre, sans mettre l'accent sur la qualité. Il est essentiel de veiller à ce que les soins soient efficaces, sûrs et conformes aux préférences et aux besoins des personnes et des communautés desservies. En outre, la prestation de soins doit être opportune et équitable entre les populations, coordonnée tout au long du continuum de soins et tout au long de la vie, tout en minimisant le gaspillage des ressources.

La qualité des soins sous-tend et est donc fondamentale pour la couverture sanitaire universelle. Car si la qualité des soins n'est pas assurée, à quoi bon élargir l' accès aux soins ? L'accès sans qualité peut être considéré comme une promesse creuse de couverture sanitaire universelle.

La qualité n'est pas une prérogative des pays à revenu élevé. Si les pays peuvent se permettre de fournir des soins de santé – et même les plus pauvres peuvent et doivent le faire – ils doivent fournir des soins de bonne qualité. L'alternative – des soins de mauvaise qualité – est non seulement nuisible, mais gaspille également des ressources précieuses qui peuvent être investies dans d'autres moteurs importants du développement social et économique pour améliorer la vie des citoyens. Des milliards de dollars sont dépensés pour les conséquences de soins de mauvaise qualité – de l'argent qui peut financer des écoles, des services sociaux et des infrastructures. Et la mauvaise qualité peut également saper la confiance de la population dans les bienfaits de la médecine moderne. Vue sous cet angle, la couverture maladie universelle sans qualité des soins est un travail à moitié fait.

1.1 PREUVES GÉNÉRALES DE MAUVAISE QUALITÉ DANS TOUS LES PAYS

De nombreux progrès ont été réalisés dans l'amélioration de certains aspects de la qualité des soins de santé dans le monde, par exemple en ce qui concerne les taux de survie au cancer et la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (1, 2). Mais dans d'autres domaines, les progrès ont été lents et inégaux. Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

- Dans les pays à revenu élevé, un patient sur 10 est affecté négativement pendant traitement (3).
- Dans les pays à revenu élevé, sept patients hospitalisés sur 100 peuvent s'attendre à contracter une infection nosocomiale (dans les pays en développement, ce chiffre est de un sur 10), des infections qui peuvent être facilement évitées grâce à une meilleure hygiène et à une utilisation intelligente des antimicrobiens (4).
- Des variations injustifiées dans la prestation et la prestation des soins de santé persistent et une proportion considérable de patients ne reçoivent pas de soins appropriés fondés sur des données probantes (5, 6).
- Les taux de vaccination contre la grippe varient selon les pays à revenu élevé de 1 % à plus de 78 %, malgré un objectif de 75 % d'ici 2010 fixé par l'Assemblée mondiale de la santé en 2003 (7).
- La résistance aux antimicrobiens est devenue un problème mondial majeur de santé publique, en partie en raison de la mauvaise utilisation et de la surutilisation des antimicrobiens dans les soins de santé (8).
- À l'échelle mondiale, le coût associé aux erreurs de médication a été estimé à 42 milliards de dollars par an, sans compter les pertes de salaire, la perte de productivité ou les coûts des soins de santé (9).

Machine Translated by Google

- Alors que le taux d'accoucheuses qualifiées est passé de 58 % en 1990 à 73 % en 2013, principalement en raison de l'augmentation des naissances en établissement, il y a encore beaucoup de femmes et de bébés qui, même après avoir atteint un établissement de santé, meurent ou se développent tout au long de leur vie. handicaps dus à la mauvaise qualité des soins. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 303 000 mères et 2,7 millions de nouveau-nés meurent chaque année au moment de l'accouchement, et que beaucoup d'autres sont touchés par des maladies évitables. En outre, quelque 2,6 millions de bébés sont mort-nés chaque année (10, 11).
- Près de 40 % des établissements de soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire manquent d'eau potable et près de 20 % manquent d'assainissement – les implications pour la qualité des soins sont clairement évidentes (12).
- Les estimations internationales de la distribution du diagnostic et du contrôle de l'hypertension artérielle dans certains pays hors OCDE soulignent l'importance de services préventifs de qualité. Dans la plupart des cas, au moins la moitié des adultes souffrant d'hypertension artérielle n'ont pas reçu de diagnostic d'hypertension. La couverture du traitement de l'hypertension est donc faible, allant de 7 % à 61 % chez les personnes ayant présenté une tension artérielle élevée dans les enquêtes auprès des ménages. Cependant, la couverture effective est considérablement inférieure à la couverture, allant de 1 % à 31 %, indiquant un problème de qualité (13).

1.2 L'ARGUMENT ÉCONOMIQUE DE LA BONNE QUALITÉ

Au-delà des effets sur la vie des gens, des soins de mauvaise qualité sont une perte de temps et d'argent. Faire de la qualité une partie intégrante de la couverture sanitaire universelle est à la fois une question de lutte pour une vie meilleure et plus longue et une nécessité économique. Renforcer la qualité des systèmes de santé est abordable pour les pays à tous les niveaux de développement économique. En effet, le manque de qualité est un coût inabordable, surtout pour les pays les plus pauvres.

La qualité inférieure des soins contribue non seulement à la charge de morbidité mondiale et aux besoins de santé non satisfaits, mais elle exerce également un impact économique substantiel, avec des implications financières considérables pour les systèmes de santé et les communautés du monde entier. Environ 15 % des dépenses hospitalières dans les pays à revenu élevé sont utilisées pour corriger les complications évitables des soins et les préjudices subis par les patients. Des soins de mauvaise qualité affectent de manière disproportionnée les groupes les plus vulnérables de la société, et les coûts économiques et sociaux plus larges des dommages causés aux patients par une invalidité de longue durée, une déficience et une perte de productivité s'élèvent à des billions de dollars chaque année (14).

En outre, les services en double, les soins inefficaces et les hospitalisations évitables - caractéristiques de nombreux systèmes de santé - génèrent un gaspillage considérable. Jusqu'à un cinquième des ressources de santé sont déployées de manière à générer très peu d'améliorations de la santé. Ces ressources rares pourraient être déployées beaucoup plus efficacement (3).

1.3 LA QUALITÉ COMME CARACTÉRISTIQUE FONDAMENTALE DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La qualité ne vient pas automatiquement ; elle nécessite une planification et doit être une priorité clairement identifiée de la couverture sanitaire universelle, au même titre que l'accès, la couverture et la protection financière. Ce document montre qu'il est possible d'intégrer la qualité dans les systèmes de santé si un certain nombre d'étapes sont suivies et de principes appliqués, à savoir la transparence, l'approche centrée sur la personne, la mesure et la production d'informations, et l'investissement dans la main-d'œuvre, le tout étayé par le leadership et une culture de soutien. Avec ces principes fondamentaux en place, des interventions et des pratiques éprouvées pour assurer la qualité - telles que l'hygiène des mains, les protocoles de traitement, les listes de contrôle, l'éducation, les rapports et les commentaires - peuvent être mises en œuvre et maintenues.

Machine Translated by Google

La transparence est primordiale. C'est le fondement de l'apprentissage et de l'amélioration continus.
La conclusion générale de 15 examens de la qualité des systèmes de santé nationaux menés par l'OCDE entre 2012 et 2016 était la nécessité d'une plus grande transparence sur les performances en termes de qualité et de résultats des soins (15). Un élément clé de la transparence est d'être ouvert et honnête sur les résultats, y compris les manquements et les erreurs.
Dans un tel environnement, cela devient une opportunité d'apprendre, comme c'est le cas dans d'autres secteurs, dont le transport aérien. Les résultats positifs doivent être célébrés et partagés pour les mêmes raisons. Cette culture de la transparence peut prendre du temps à se construire, mais elle peut et doit être inculquée dans tous les systèmes de santé, quelles que soient les ressources disponibles.

L'implication des personnes et des communautés dans leurs propres soins et dans la conception de leurs services de santé est désormais reconnue comme un déterminant clé de meilleurs résultats. Les personnes et les communautés dans lesquelles elles sont nées, ont grandi, vivent, travaillent et se divertissent sont au cœur de la prestation de services de santé de qualité. Les personnes qui s'occupent activement de leur propre santé et de leurs propres soins souffrent de moins de complications et jouissent d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être.
Au niveau clinique, cela signifie permettre aux patients de participer à leurs soins et aux décisions cliniques, et de gérer activement leur santé. L'approche centrée sur les personnes est la « porte d'entrée vers toutes les qualités » (16). En effet, le fil conducteur des exemples de réussite détaillés plus loin dans ce document est de mettre les besoins et les valeurs du patient au premier plan. Cela signifie prendre soin avec compassion et respect.

Mais l'approche centrée sur la personne va au-delà des soins individuels. Les personnes et les patients doivent participer à l'établissement des priorités et à l'élaboration des politiques. Nulle part cela n'est plus important que dans les soins primaires et communautaires. Ces services doivent être conçus avec la contribution des communautés qu'ils desservent, en fonction de leurs besoins et préférences uniques, comme indiqué au chapitre 4 de ce document.

La qualité exige la mesure et la génération d'informations.
Les soins de santé évoluent constamment, de sorte que la qualité doit être continuellement surveillée et évaluée pour favoriser l'amélioration. Cela repose sur des informations précises et opportunes. L'industrie bancaire consacre 13% de ses revenus aux systèmes d'information. Les soins de santé investissent moins de 5 % – un montant dérisoire pour un secteur à forte intensité d'information. Et lorsqu'elles existent, les données générées par les systèmes de santé sont trop souvent concentrées sur les apports et le volume des activités. Cela doit changer si la qualité doit devenir une partie intégrante des soins de santé. Des mesures de qualité fiables doivent être intégrées dans les infrastructures d'information sanitaire locales et nationales – c'est encore plus important que de mesurer les intrants. Dans un esprit de transparence, les informations doivent être mises à la disposition de tous les acteurs concernés, y compris les patients, les prestataires, les régulateurs, les acheteurs et les décideurs politiques.

Toutes les dimensions de la qualité doivent être mesurées. Il est important de connaître le respect des protocoles essentiels et la qualité des processus et des parcours, par exemple l'hygiène des mains ; listes de contrôle de la sécurité chirurgicale ; le respect des directives de pratique clinique ; et les résultats cliniques, par exemple les réadmissions, les taux de mortalité, les effets indésirables des médicaments, la survie après un diagnostic de cancer et un contrôle adéquat de la glycémie pendant la grossesse. Mais des connaissances doivent également être générées sur les résultats et les expériences de soins qui sont appréciés par les patients grâce à la mesure d'indicateurs de qualité rapportés par les patients et la communauté (17). Tout cela doit être fait avec un œil clair sur les liens solides entre la mesure et l'amélioration – la mesure seule n'améliorera pas la qualité.

Un personnel de santé qualifié, motivé et suffisamment soutenu est essentiel.
Les fournisseurs de soins de santé veulent offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients. Souvent, cependant, les systèmes et les environnements dans lesquels ils travaillent rendent cette tâche difficile. De nombreux pays sont confrontés à des carences importantes tant sur le plan quantitatif que qualitatif de leur santé

Machine Translated by Google

la main d'oeuvre. Bien sûr, tous les soins ne doivent pas être dispensés par des médecins. Les infirmières, les travailleurs de la santé paramédicaux et communautaires, les coordonnateurs de soins et les gestionnaires jouent tous un rôle important dans la prestation de soins de haute qualité au 21e siècle. Il est possible d'atteindre une qualité élevée en mobilisant leurs compétences tout au long de la chaîne de production sanitaire (18).

Pour fournir des soins de haute qualité, les connaissances techniques doivent être complétées par la capacité de communiquer et de travailler en équipe avec d'autres professionnels, et de travailler en partenariat avec les patients et leurs soignants. Cela nécessite également une main-d'œuvre formée aux principes et à la pratique de l'amélioration continue de la qualité, ainsi que la reconnaissance du «programme caché» qui découle de la faillibilité des systèmes conçus par l'homme. La qualité est également fonction de la qualité de l'organisation et de l'intégration des efforts avec d'autres secteurs, en tenant compte des modèles de comportement, des interactions humaines et des relations. Cela dépend à son tour des incitations en place, y compris le financement et la rémunération, la réglementation, les rapports et les retours d'information, qui doivent être soigneusement intégrés à tous les processus et institutions. En fin de compte, les systèmes fournissent le sol fertile dans lequel la pratique et l'amélioration de haute qualité peuvent s'épanouir.

Rien de ce qui précède n'est possible sans leadership et sans une culture habilitante. Il a été démontré qu'une culture dynamique dans laquelle tous les acteurs sont motivés à collaborer, communiquer et travailler avec leurs communautés pour fournir des soins de haute qualité centrés sur la personne, sans peur ni intimidation, donne de meilleurs résultats (19). De nombreux facteurs influencent une telle culture d'amélioration continue de la qualité. Tout d'abord, un environnement transparent doit être cultivé, comme décrit ci-dessus. Sont également importants la formation et la socialisation des travailleurs, les mesures d'amélioration, la rétroaction sur les performances et l'apprentissage partagé, ainsi que les facteurs en amont tels que les incitations financières. Mais l'ingrédient clé est la cohérence du leadership des gouvernements, des décideurs, des responsables cliniques, des gestionnaires du système de santé et de la société civile. Cela ne nécessite pas un niveau élevé de ressources - cela nécessite plutôt un investissement dans un changement de culture vers la transparence pour une amélioration continue.

Ces principes fondamentaux constituent l'épine dorsale des politiques et des pratiques visant à améliorer continuellement la qualité des soins de santé. Mais la qualité doit être la responsabilité de toutes les parties prenantes et institutions. Elle doit être appuyée par une orientation stratégique nationale claire comme du cristal, avec des objectifs et des buts bien définis, et un engagement solide des intervenants dans l'ensemble du système de santé, ainsi qu'avec d'autres secteurs.

1.4 ABORDABILITÉ DE LA QUALITÉ POUR TOUS LES PAYS

Bien que des soins de santé de qualité pour tous puissent sembler ambitieux, ils peuvent être atteints dans tous les contextes avec un bon leadership, une planification solide et des investissements intelligents. Par exemple, en Ouganda, un modèle impliquant les citoyens et les communautés dans la conception des services de soins de santé a amélioré une série d'indicateurs, notamment une réduction de 33 % de la mortalité infantile (20). Le Costa Rica a réalisé des améliorations remarquables de la qualité des soins primaires grâce à une stratégie d'amélioration soigneusement planifiée, mise en œuvre et financée (21). Ces exemples et d'autres sont fournis plus loin dans ce document.

Pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, aborder la qualité tout en renforçant la couverture sanitaire universelle est une énorme opportunité. Un système de santé qui mûrit et s'établit peut être influencé, dirigé et nourri de la manière souhaitée. La qualité peut être intégrée dans les politiques, les processus et les institutions à mesure que le système grandit et se développe.

Machine Translated by Google

Le défi est de savoir comment tirer les leçons des expériences – à la fois des succès mais aussi (et surtout) des erreurs – des systèmes de santé des pays à revenu élevé. Une leçon clé est que la modernisation de la qualité dans les systèmes de santé établis est certainement possible mais peut être ardue ; la qualité doit plutôt être intégrée dès le départ, ainsi que l'accès, la couverture et la protection financière.

Bien sûr, des soins de qualité ne peuvent pas être créés entièrement gratuitement – ils nécessitent un certain investissement en capital et d'autres ressources. Cet investissement n'est pas hors de portée, même pour les pays les plus pauvres. Les coûts d'une mauvaise qualité pour la vie des gens, pour les systèmes de santé et pour les sociétés sont énormes. S'ils sont appliqués intelligemment, les investissements dans la qualité permettront d'améliorer la santé des individus et de la population et d'optimiser les ressources ; le retour sur investissement pour assurer des soins de haute qualité est susceptible de dépasser de loin les coûts. De meilleurs résultats favorisent également le développement économique et social ; par exemple, les personnes en bonne santé sont plus productives au travail et les enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. Ainsi, lutter pour une couverture sanitaire universelle de qualité n'est pas seulement un investissement dans une meilleure santé - c'est un engagement à construire une société et un monde plus sains.

Machine Translated by Google

Ma qualité

Mme Cecilia Rodriguez, directrice exécutive
Fondation "Je bouge"

Il y a huit ans, lorsqu'on lui a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde, une maladie auto-immune qui provoque une inflammation, un gonflement et une douleur aiguë aux articulations, Cecilia Rodriguez était directrice d'un établissement de soins de santé primaires. «J'avais une très grave polyarthrite rhumatoïde et je passais beaucoup de temps au lit», explique Rodriguez, qui avait la trentaine lorsqu'elle a ressenti les premiers symptômes douloureux. "J'ai réalisé que ce que j'avais promu en tant qu'administrateur de la santé était très différent de ce dont j'avais besoin en tant que patient."

La polyarthrite rhumatoïde touche des personnes de tous âges. Ses causes exactes ne sont pas connues, mais des facteurs génétiques et environnementaux peuvent jouer un rôle. Jusqu'à 1 % de la population mondiale est touchée.1 Au Chili, où vit Rodriguez, 100 000 personnes vivent avec cette maladie à vie.

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, des soins de santé de qualité peuvent être définis comme « un équilibre précis entre les meilleures pratiques cliniques et ce qui est le mieux pour le patient, déterminé avec le patient », explique Rodriguez. « Nous n'avons pas toujours besoin de médecins qui ont toutes les réponses. Nous avons besoin de gens qui comprennent comment nous faisons face à notre condition.

Avant tout, elle croit que les patients souffrant de maladies chroniques qui ont un impact énorme sur la vie quotidienne doivent se sentir maîtres de leur traitement. « En tant que patient, je sais ce que je veux accomplir. Les cliniciens peuvent m'aider à comprendre si je peux y parvenir et m'aider à le faire. Pour moi, c'est la meilleure qualité de soins de santé.

Cecilia Rodriguez et sa sœur Lorena, qui avaient reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde quelques années plus tôt, ont créé une organisation à but non lucratif pour soutenir les personnes touchées par la même maladie et plaider pour une amélioration des soins aux patients. "Nous avons appelé l'ONG 'Me Muevo' ('Je bouge') parce que nous avons appris qu'avec cette condition, il faut garder son corps en mouvement, mais aussi parce que 'Je bouge' signifie 'J'agis'", dit-elle.

1. www.rheumatoidarthritis.org.

Machine Translated by Google

« Me Muevo » fait partie d'un mouvement croissant d'organisations dirigées par des patients au Chili. Rodriguez a agi en tant que porte-parole d'une alliance d'associations qui ont réussi à faire pression pour rendre les médicaments sur ordonnance plus abordables. En 2016, le Chili a adopté la « loi Ricarte Soto » sur les traitements coûteux. « Maintenant, je ne paie que 200 USD par an pour tous mes médicaments, au lieu de 1 500 USD par mois », déclare Rodriguez.

"Les systèmes de soins de santé ont tendance à être axés sur le traitement des maladies aiguës et sont rarement organisés pour aider les patients atteints de maladies chroniques à surmonter les obstacles de la vie quotidienne", explique Rodriguez.

Elle cite l'exemple de sa sœur qui travaille et doit se rendre à trois endroits – un processus qui prend au moins cinq heures – pour récupérer ses médicaments sur ordonnance mensuels. « Dans ce cas, la qualité des soins signifierait qu'elle pourrait aller chercher tous ses médicaments à l'établissement de soins de santé primaires près de chez elle, un samedi matin », dit-elle.
Rodriguez encourage également les patients à entrer des notes dans leurs dossiers médicaux entre les rendez-vous médicaux pour aider les médecins à ajuster leur traitement. "Si je pouvais écrire que j'avais eu une poussée et dire comment je l'avais gérée, mon médecin l'aurait consigné lorsque je l'ai vue trois ou quatre mois plus tard", dit-elle.

Après que Rodriguez ait suivi un cours d'autogestion des maladies chroniques aux États-Unis, qui l'a aidée à mieux faire face aux effets de sa maladie, son organisation s'est efforcée de mettre le programme à la disposition des patients de son propre pays. « Investir dans l'enseignement de l'autogestion peut réduire les coûts globaux. C'est pourquoi nous apportons ce programme au Chili », dit-elle. Ainsi, sept cents personnes ont bénéficié de cette formation par le biais du système public, l'an dernier.

Image de la page précédente : © Rawpixel/iStock

Machine Translated by Google

Chapitre 2 À propos de ce document

Machine Translated by Google

Reconnaissant l'écart mondial dans la compréhension, la mesure et l'amélioration de la qualité des services de soins de santé, l'OMS, l'OCDE et la Banque mondiale ont uni leurs efforts pour produire ce document - Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour la couverture sanitaire universelle.

2.1 OBJECTIFS

Ce document a été élaboré avec les objectifs suivants :

- fournir aux gouvernements une description de la qualité des services de santé et de leur importance pour la réalisation des grands objectifs de santé publique, dans le contexte de la couverture sanitaire universelle ;
- fournir aux gouvernements une image des approches fondées sur des données probantes qui peuvent assurer et améliorer la qualité des services de santé ;
- lancer un appel à l'action aux niveaux national et international.

2.2 CHAMP D'APPLICATION

Ce document est destiné aux décideurs politiques qui souhaitent intégrer les principes fondamentaux de l'amélioration de la qualité des soins de santé dans leurs systèmes de santé. Par conséquent, il examine la qualité des services de soins de santé à la fondation. Le document ne vise pas à fournir des conseils techniques aux professionnels de la santé de première ligne, bien qu'ils puissent y trouver des informations utiles. Il n'examine pas non plus les implications de la qualité pour des domaines techniques spécifiques.

2.3 CONTENU

Le document commence par un chapitre sur le contexte de la qualité des services de soins de santé (chapitre 1), suivi d'une brève description du document (chapitre 2).
Le corps principal de la publication comprend trois chapitres sur les thèmes clés de la qualité (chapitres 3 à 5), suivis d'un appel à l'action sur la qualité au chapitre 6.

- Chapitre 3 : État mondial de la qualité des soins de santé. Dans ce chapitre, une image globale de la qualité des services de soins de santé est fournie. Les données sont présentées pour montrer que la qualité des soins dans la plupart des pays, en particulier les pays à revenu faible et intermédiaire, est sous-optimale et que l'amélioration de la qualité est associée à de meilleurs résultats de santé.

- Chapitre 4 : Intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé. Ce chapitre décrit comment les mécanismes pour assurer, surveiller et améliorer continuellement la qualité doivent être intégrés dans les fondements des systèmes de santé, et aborde les questions clés qui nécessitent une attention pour améliorer la qualité des soins de santé au niveau des pays.

- Chapitre 5 : Comprendre les leviers d'amélioration de la qualité. La qualité est un concept complexe et à multiples facettes qui nécessite la conception et le déploiement simultané de combinaisons d'interventions discrètes. Ce chapitre souligne l'importance de stimuler l'amélioration de la qualité par le biais d'une politique et d'une stratégie nationales et présente une série de leviers d'amélioration de la qualité.

- Chapitre 6 : L'appel à l'action qualité. Un appel à l'action de qualité est lancé aux décideurs politiques de la santé qui cherchent à atteindre l'objectif d'accès pour tous à des services de santé de haute qualité et centrés sur la personne. Ceci est proposé avec un sentiment d'urgence, car si nous n'agissons pas maintenant, la réalisation des objectifs de santé publique sera en jeu.

Machine Translated by Google

Ces chapitres sont suivis d'une annexe, qui fournit un ensemble d'interventions d'amélioration qui ont été sélectionnées pour leur impact potentiel sur la qualité en réduisant les dommages, en améliorant la prestation des services de soins de santé de première ligne et en renforçant la capacité d'amélioration de la qualité à l'échelle du système. Les interventions illustratives soulignent certaines des options et possibilités offertes aux dirigeants, gestionnaires, praticiens ou décideurs du système de santé soucieux de faire progresser la qualité des soins.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Chapitre3 État global de la qualité des soins

Machine Translated by Google

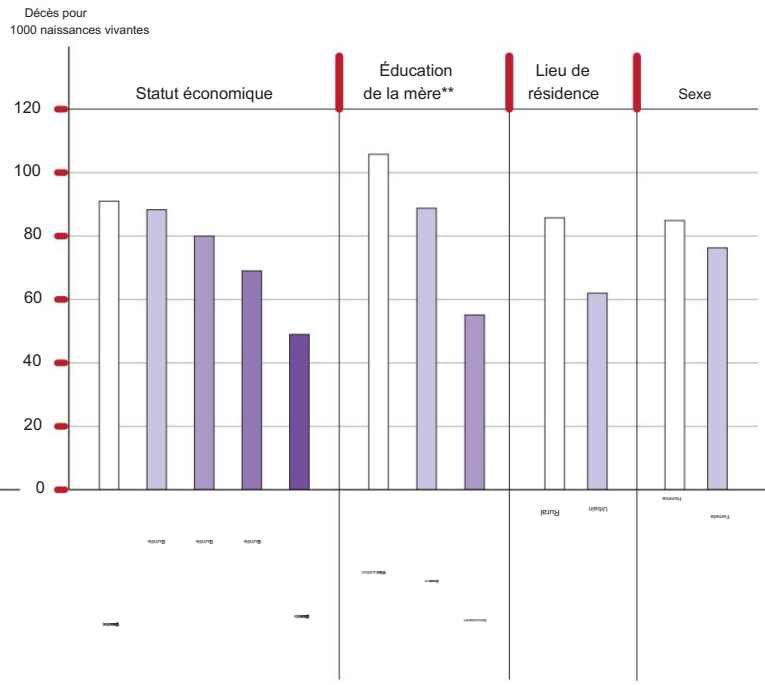
« A quoi cela sert-il d'offrir des soins maternels gratuits et de faire accoucher une forte proportion de bébés dans des établissements de santé si la qualité des soins est inférieure aux normes, voire dangereuse ? »

Margaret Chan, ancienne directrice générale de l'OMS, Assemblée mondiale de la santé, mai 2012

3.1 L'IMPÉRATIF DE QUALITÉ POUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

Entre 2000 et 2015, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont accéléré les progrès mondiaux vers la réalisation des objectifs de santé de la population dans les pays à revenu faible et intermédiaire. À l'échelle mondiale, la mortalité infantile a chuté de 53 %, la mortalité maternelle de 43 % et les nouvelles infections à VIH de plus de 38 % (22). Cependant, les progrès ont été très inégaux. Dans les populations pauvres, rurales et difficiles à atteindre, la mortalité évitable est restée élevée. Par exemple, pour les enfants de moins de 5 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il existe des différences significatives de mortalité entre ceux vivant dans les ménages les plus pauvres et ceux vivant dans les ménages les plus riches, entre ceux dont les mères étaient les moins éduquées par rapport aux les plus instruits, et entre ceux qui vivent dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales (Figure 3.1).

Figure 3.1 Mortalité médiane des moins de 5 ans selon les dimensions de l'inégalité, 2005-2012*



* Valeur médiane de 49 pays sélectionnés
** Les données ne sont pas disponibles pour 10 pays

Source : Organisation mondiale de la santé (22).

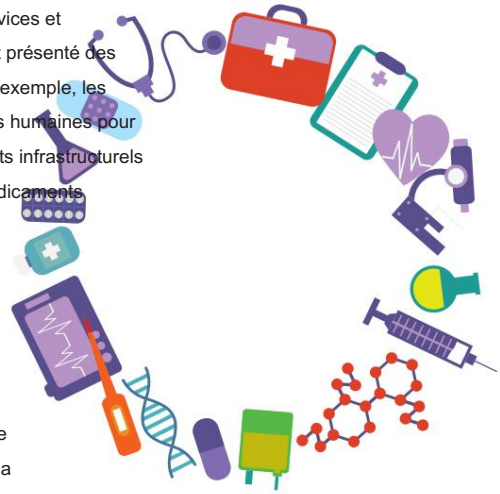
Des évaluations systématiques des services de santé essentiels dans les pays à forte mortalité ont révélé d'importantes lacunes dans la qualité des soins reçus. Dans une de ces évaluations dans huit pays d'Afrique subsaharienne, la couverture (effective) ajustée en fonction de la qualité était en moyenne de 28 % pour les soins prénatals, 26 % pour la planification familiale et 21 % pour les soins aux enfants malades, et était nettement inférieure à la couverture brute des services (23). Plus de 40 % des accouchements en établissement

Machine Translated by Google

dans cinq pays d'Afrique subsaharienne ont eu lieu dans des établissements de soins primaires souffrant d'importantes lacunes en termes de ressources et d'expertise technique (24). Les OMD ne mettaient pas spécifiquement l'accent sur la mesure et l'amélioration de la qualité des soins, mais ces déficits de qualité des soins ont eu des répercussions négatives sur la traduction des augmentations de la couverture en une meilleure santé de la population. Il a été démontré que des services de mauvaise qualité prédisent un risque plus élevé de mortalité néonatale en Afrique (25). De plus, une augmentation des accouchements en institution de 14 % à 80 % en Inde n'a pas réduit la mortalité maternelle et infantile en raison de la mauvaise qualité des soins dispensés dans les établissements de santé (26). Essentiellement, la mauvaise qualité des soins est responsable des niveaux élevés et persistants de mortalité maternelle et infantile dans les pays à revenu faible et intermédiaire, malgré les augmentations substantielles de l'accès aux services de santé essentiels réalisées à l'ère des OMD.

En 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté un nouveau programme de développement : Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les ODD comprennent un éventail d'objectifs économiques, sociaux et environnementaux plus large que les OMD et fixent un nouvel objectif de santé, pour «permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge». La couverture sanitaire universelle est considérée comme fondamentale pour les ODD. En termes simples, la couverture sanitaire universelle signifie garantir que toutes les personnes et communautés peuvent utiliser les services de santé promotionnels, préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs dont elles ont besoin, d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant également à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les l'utilisateur à des difficultés financières. En se concentrant explicitement sur la qualité des services de soins de santé, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 reconnaît le besoin urgent d'inscrire la qualité des soins dans le tissu de l'action nationale, régionale et mondiale visant à promouvoir le bien-être de tous.

Alors que l'attention mondiale s'est concentrée sur la couverture sanitaire universelle, au niveau local, l'épidémie dévastatrice du virus Ebola en Afrique de l'Ouest a renforcé les arguments en faveur de la qualité des soins. En Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, les lacunes dans la prestation de services et l'effondrement de la confiance du public dans les systèmes de santé qui l'accompagne ont présenté des défis herculéens aux efforts de réponse et de relèvement pendant l'épidémie d'Ebola. Par exemple, les évaluations du système de santé sierra-léonais ont révélé une faible densité de ressources humaines pour la santé, une faible capacité de surveillance des maladies dans la communauté, des déficits infrastructurels dans les établissements de santé et des chaînes d'approvisionnement faibles pour les médicaments essentiels (27).



Les trois pays ont depuis mis l'accent sur l'accès universel à des services de santé de qualité afin de renforcer leur capacité à prévenir les épidémies à grande échelle à l'avenir, en plaçant la prévention et le contrôle des infections et la sécurité des patients comme des priorités essentielles.
Suite à l'épidémie, le Libéria a élaboré un plan d'investissement pour renforcer la résilience du système de santé et travaille à la mise en place d'un fonds d'équité en santé qui place la qualité au cœur de ses préoccupations (encadré 3.1). La réponse de l'Afrique de l'Ouest à l'épidémie d'Ebola démontre les liens très réels et solides entre la résilience du système de santé, la qualité des soins et la sécurité sanitaire mondiale.

La réalisation des cibles des ODD en matière de santé nécessitera de nouveaux investissements financiers, qui augmenteront au fil du temps d'un montant initial de 134 milliards de dollars US à 371 milliards de dollars US par an d'ici 2030 (28). Des soins de mauvaise qualité sont inefficaces, gaspillent des ressources rares et augmentent le coût de l'expansion de la couverture sanitaire. Des inefficacités sont introduites par des soins inutiles qui ne font aucune différence pour les résultats de santé. Par exemple, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la surconsommation d'antibiotiques pour traiter les infections aiguës des voies respiratoires ajoute en moyenne 36 % au coût des soins (29). Les erreurs dans la prestation des services peuvent également entraîner des dommages directs à la santé, entraînant un coût supplémentaire pour le système de santé. Une analyse récente des pays de l'OCDE indique que plus de 10 % des dépenses hospitalières sont consacrées à la correction d'erreurs médicales évitables ou au traitement d'infections contractées à l'hôpital (3). Lors de la réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé de 2017

Machine Translated by Google

Encadré 3.1 Libéria : intégrer la qualité dans le programme de santé post-Ebola

Avant l'épidémie d'Ebola de 2014, le Libéria, un pays qui se remettait d'années d'instabilité politique et économique, avait fait des progrès dans l'amélioration des résultats sanitaires de sa population. Cependant, l'épidémie a mis en lumière les contraintes persistantes du système de santé dans ce petit pays d'Afrique de l'Ouest. Il y avait un manque de personnel de santé suffisamment qualifié dans les établissements de santé et au sein des communautés ; il n'y avait pas de mécanismes de financement durable; et il y avait une absence de structures de chaîne d'approvisionnement nécessaires et de systèmes intégrés d'information sanitaire. En outre, la prévention et le contrôle des infections étaient largement absents là où ils étaient le plus nécessaires, et les liens entre les services de santé et la communauté étaient inadéquats. Ces faiblesses ont compromis la prestation de services de qualité et ont permis à l'épidémie de proliférer rapidement.

En réponse à l'épidémie, le plan d'investissement pour la construction d'un système de santé résilient au Libéria 2015-2021 a été élaboré. Le plan visait à restaurer les gains perdus lors de l'épidémie, à s'attaquer aux vulnérabilités préexistantes, à améliorer la confiance de la communauté dans les systèmes de santé et à assurer la sécurité sanitaire. L'un des principaux objectifs stratégiques du plan d'investissement est d'accélérer l'accès universel à des services sûrs et de qualité en améliorant la capacité du réseau de santé à fournir des services essentiels. Le gouvernement du Libéria reconnaît que la mise en œuvre réussie du plan d'investissement - y compris un fort accent sur la qualité des soins - est essentielle pour prévenir, détecter et répondre aux futures épidémies de maladies infectieuses.

Lors de leur réunion, les ministres ont reconnu l'intersection des programmes de qualité et d'efficacité, convenant que la mesure et l'amélioration de la qualité devraient être au centre des efforts visant à obtenir des résultats sanitaires à un meilleur rapport qualité-prix (30).

Investir dans des systèmes de santé de haute qualité pour une couverture sanitaire universelle peut accélérer les progrès dans la promotion de la santé tout en renforçant la sécurité sanitaire mondiale et en optimisant l'optimisation des ressources.

3.2 DÉFINITION DE LA QUALITÉ DES SOINS

La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles (31). Cette définition implique que la qualité des soins peut être mesurée, vise en fin de compte à améliorer la santé plutôt qu'à simplement augmenter les intrants des services ou à affiner les processus du système, et devrait refléter les désirs des principales parties prenantes, y compris les utilisateurs des services et les communautés. En incluant les services de santé en général, cette définition de la qualité des soins couvre à la fois les soins curatifs et préventifs, ainsi que les soins en établissement et communautaires pour les individus et les populations. Cette portée est particulièrement importante dans les pays confrontés à une charge croissante de maladies non transmissibles et dont les systèmes de santé doivent fournir des services tout au long de la vie, y compris la réduction des risques, le dépistage, la prise en charge des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs. Comme il existe une base de preuves de plus en plus importante sur l'efficacité de diverses modalités de prévention et de contrôle des maladies, cette définition de la qualité des soins reconnaît également la nécessité de mécanismes pour incorporer systématiquement de nouvelles preuves dans la prestation de services

Quelles caractéristiques des services de santé sont indicatives de la qualité ? Ce document identifie sept caractéristiques mesurables des services de santé qui augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités et qui sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.

Machine Translated by Google

Figure 3.2 Éléments de la qualité des soins de santé

Source : Institut de médecine (32).

Bien que de multiples éléments de qualité aient été décrits au fil des décennies, il est de plus en plus admis que les services de santé de qualité à travers le monde doivent être efficaces, sûrs et centrés sur les personnes. En outre, afin de réaliser les avantages de soins de santé de qualité, les services de santé doivent être opportuns, équitables, intégrés et efficaces (Figure 3.2) (32, 33).

Considérez Fatima, une femme de 80 ans qui vit seule depuis sa retraite il y a 15 ans. Elle souffre depuis longtemps de diabète sucré de type 2, ainsi que d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle essentielle. Elle reste généralement à l'intérieur et ne fait que des promenades occasionnelles en raison de sa mauvaise vue et de ses douleurs dorsales récemment développées. Au cours des deux dernières années, elle a été hospitalisée deux fois pour insuffisance cardiaque congestive. Elle ne surveille pas sa tension artérielle ou sa glycémie comme conseillé, mange des plats cuisinés et a manqué plusieurs rendez-vous de suivi depuis sa sortie. Aujourd'hui, Fatima est venue à la clinique en se plaignant d'être essoufflée, d'avoir la poitrine anormalement serrée, d'avoir du mal à rester allongée. Elle a également mentionné avoir de la difficulté à suivre ses factures mensuelles. L'infirmière traitante remarque que Fatima se répète et a du mal à trouver les mots justes pour décrire ses symptômes. Au cours des quatre prochaines semaines, Fatima recevra des soins d'une myriade de prestataires de soins de santé, dont un diététicien, un prestataire de soins primaires, un cardiologue et un travailleur social. Les points suivants illustrent à quoi pourraient ressembler des soins de santé de haute qualité pour Fatima à travers le prisme des sept éléments de qualité.

- Des soins de haute qualité pour Fatima sont efficaces, par conséquent, ils seraient offerts sur la base de connaissances scientifiques et de lignes directrices fondées sur des preuves. L'équipe soignante respecterait les parcours cliniques des patients âgés souffrant d'insuffisance cardiaque et de comorbidités importantes, élaborés à partir de preuves et d'expériences dans la prise en charge de cas similaires. L'équipe rassurerait Fatima sur le fait qu'elle recevrait des soins fondés sur des preuves et qu'un processus systématique serait suivi pour arriver à un plan de gestion intégré entre les différents prestataires prenant soin d'elle.
- Des soins de haute qualité pour Fatima sont sûrs, c'est-à-dire qu'ils minimisent les dommages, y compris les blessures évitables et les erreurs médicales, pour le patient. Dans chaque établissement, il y aurait des directives claires pour prévenir les infections nosocomiales et les erreurs médicales. Par exemple, un examen approfondi de ses médicaments ambulatoires à l'admission a été effectué pour prévenir les interactions avec les médicaments utilisés pendant ses soins hospitaliers.

Machine Translated by Google

- Des soins de haute qualité pour Fatima sont centrés sur la personne, c'est-à-dire qu'ils respectent ses préférences, ses besoins et ses valeurs et y répondent. Fatima pourrait naturellement être inquiète et poser de nombreuses questions. L'équipe de soins multidisciplinaire écoutait ses questions et ses préoccupations, répondait patiemment et co-développait le plan de gestion des soins avec sa participation active.

- Des soins de haute qualité pour Fatima sont opportuns, c'est-à-dire qu'ils réduiraient au minimum les retards dans la prestation et la réception des services. Par exemple, le contact avec chaque fournisseur impliqué dans ses soins serait géré par un système de flux de patients efficace pour programmer ou modifier les visites et pour informer les clients des temps d'attente prévus. Les situations nécessitant une intervention urgente seraient reconnues et traitées le plus rapidement possible. Avec une bonne planification, Fatima n'aurait pas à subir de longs délais d'attente lors des visites de suivi.

- Des soins de haute qualité pour Fatima sont équitables, ainsi, la qualité des soins qu'elle reçoit ne varierait pas en fonction de caractéristiques personnelles telles que le sexe, la race, l'origine ethnique, la situation géographique et le statut socio-économique. Les services reçus par Fatima refléteraient uniquement les preuves des avantages potentiels du traitement pour la santé, et rien d'autre.

- Les soins de haute qualité pour Fatima sont intégrés, ainsi, les soins qu'elle reçoit à travers les établissements et les prestataires seraient coordonnés. Après le congé, la travailleuse sociale évaluerait les options pour soutenir son plan de soins et la mettrait en contact avec des organismes qui offrent des soins liés à la démence et d'autres services selon les besoins.

- Des soins de haute qualité pour Fatima sont efficaces et évitent donc le gaspillage de ressources, y compris l'équipement, les médicaments, l'énergie et les idées. Chacun de ses prestataires médicaux serait en mesure de suivre les tests et procédures antérieurs qu'elle a subis via un système de dossier médical électronique interopérable, évitant ainsi la répétition et le gaspillage de ressources. L'utilisation de médicaments génériques serait stipulée dans les directives cliniques. Ses soins seraient prodigués par une équipe cohésive, chacun travaillant selon ses forces et assumant des tâches qui correspondent à ses compétences.

En résumé, des soins de santé de haute qualité sont les bons soins, au bon moment, de manière coordonnée, répondant aux besoins et aux préférences des utilisateurs de services, tout en minimisant les dommages et le gaspillage des ressources. Des soins de santé de haute qualité visent en fin de compte à augmenter la probabilité des résultats de santé souhaités. La quête de soins de santé de haute qualité reconnaît qu'une telle amélioration est un processus continu ou dynamique plutôt qu'un processus statique. Quel que soit le niveau de revenu d'un pays, s'il est possible d'améliorer les résultats en matière de santé, la qualité des soins peut également être améliorée.

3.3 APERÇU GLOBAL DE LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ L'

évaluation des tendances de l'état mondial de la qualité des soins de santé nécessite un consensus sur la définition et la mesure d'indicateurs de qualité, comparables d'un pays à l'autre. Cependant, il n'existe pas d'ensemble de données avec des indicateurs de qualité uniformément définis collectés à l'échelle mondiale. Il n'y a pas non plus d'accord sur un ensemble minimum d' indicateurs standardisés de qualité des soins pour suivre les progrès vers la réalisation des ODD liés à la santé dans les pays. Cependant, il existe un nombre croissant de travaux visant à identifier des indicateurs pour soutenir les efforts nationaux, régionaux et internationaux d'amélioration de la qualité, y compris le projet d'indicateurs de qualité des soins de santé de l'OCDE, les indicateurs de prestation de services de la Banque mondiale, l' Observatoire mondial de la santé de l'OMS et les rapports démographiques et de santé. Enquêtes (34–37).

À l'aide de données provenant de ces sources, d'enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national et de recherches empiriques, l'état de la qualité des services de santé dans le monde est décrit ci-dessous.

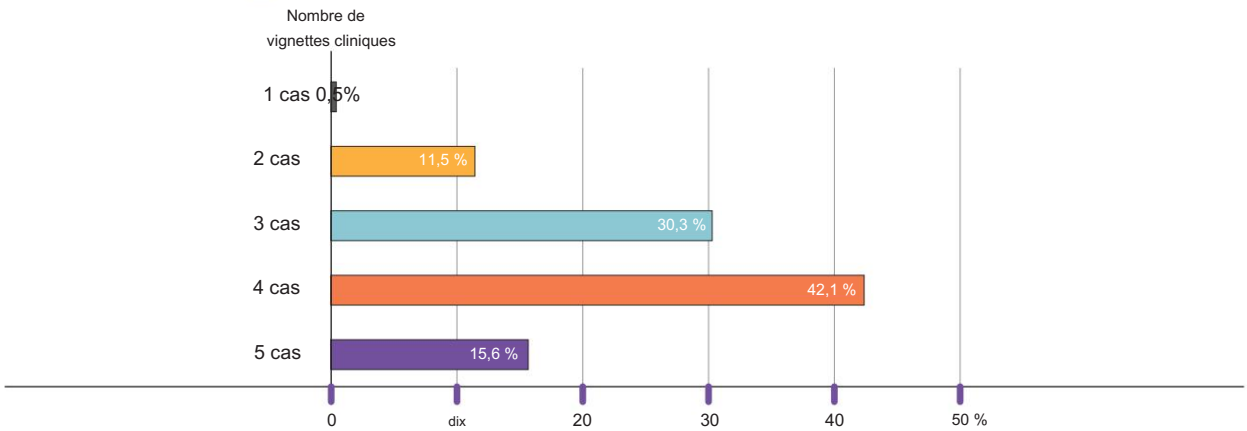
Machine Translated by Google

Cette description se concentre en grande partie sur les mesures de processus et de résultats de la qualité des soins, c'est-à-dire les actions en matière de soins de santé et les effets de ces actions sur les résultats de santé souhaités. Ces mesures sont examinées par rapport aux sept domaines de la qualité des soins : efficacité, sécurité, approche centrée sur la personne, rapidité d'exécution, intégration des soins, équité et efficience. La littérature scientifique et politique examine également les mesures structurelles de la qualité des soins qui forment le contexte de la prestation de services, y compris l'équipement, les ressources humaines, les incitations et les caractéristiques organisationnelles (38). Ce document considère ces facteurs structurels comme les fondements de processus et de résultats de soins de haute qualité. Le chapitre 4 aborde les fondements de soins de haute qualité.

3.3.1 Les services de santé sont-ils efficaces ?

Lorsque les soins sont inefficaces, c'est-à-dire lorsque les prestataires ne respectent pas les directives fondées sur des données probantes, cela peut refléter un manque de connaissance des directives ou un manque de conformité, quelle que soit la connaissance. L'efficacité des soins peut être évaluée à l'aide de l'inspection des dossiers médicaux, des entretiens de sortie des patients, de l'observation directe des interactions fournisseur-client, des patients standardisés ou des vignettes cliniques. Alors que les vignettes cliniques mesurent la connaissance du fournisseur des protocoles fondés sur des preuves pour des cas médicaux définis, d'autres formes de mesure capturent principalement la conformité à ces lignes directrices. En particulier, les patients standardisés fournissent des cas de maladie cohérents aux prestataires et permettent de comparer la qualité des soins entre les prestataires. Cette méthode de mesure de l'efficacité est également exempte de biais d'observation et de rappel (39). Les différences de prévalence des maladies entre les pays et les variations de la présentation clinique au sein des maladies empêchent une comparaison systématique de l'efficacité des soins entre les prestataires et les pays. Cependant, de plus en plus de preuves indiquent qu'il existe des lacunes dans la compréhension et le respect par les prestataires des directives fondées sur des données probantes dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible. Par exemple, au Kenya, seuls 16 % des prestataires ont correctement diagnostiqué les cinq cas de patients qui ont été présentés dans des vignettes cliniques pour évaluer les connaissances des prestataires (Figure 3.3) (40). Dans une étude portant sur des médecins de l'ex-République yougoslave de Macédoine et des États-Unis d'Amérique, le pourcentage moyen de diagnostics corrects pour quatre vignettes cliniques était de 48 % et 67 % respectivement (41). Quelle que soit la méthode de mesure, il existe également un écart important entre les connaissances des prestataires et la pratique réelle de la prestation de services. Ce constat vaut pour tous les pays, dont le Danemark, l'Inde, le Kenya, les Pays-Bas et la République-Unie de Tanzanie (42–45).

Figure 3.3 Nombre de vignettes cliniques correctement diagnostiquées par les prestataires kenyans (nombre total de vignettes : cinq)



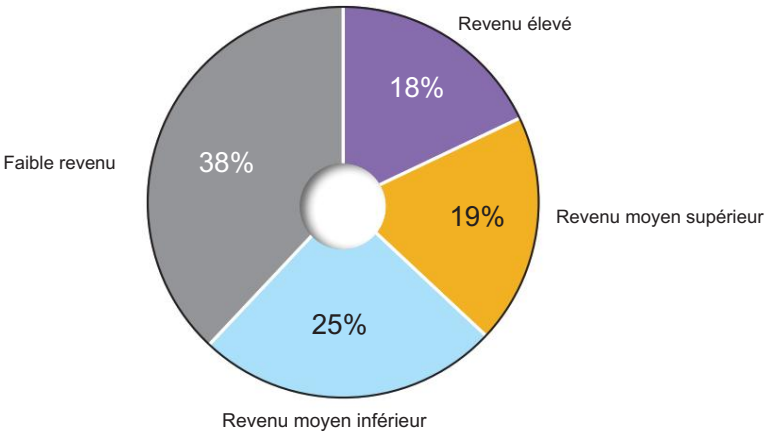
Source : Martin et Pimhidzai (41).

Machine Translated by Google

3.3.2 Les services de santé sont-ils sûrs ?

Les préjudices subis par les patients sont le 14e contributeur à la charge mondiale de morbidité. La majeure partie de ce fardeau incombe aux pays à revenu faible ou intermédiaire (graphique 3.4) (14). Les principales causes de préjudice diffèrent d'un contexte à l'autre, y compris les erreurs de médication et de diagnostic dans les soins primaires, les lésions de pression et les événements indésirables dans les soins de longue durée, ainsi que les infections nosocomiales et la chirurgie au mauvais site dans les soins hospitaliers (46–48). L'ampleur des événements dangereux dans les services de santé est considérable (14). Outre le coût direct du traitement des événements indésirables, il existe des coûts supplémentaires résultant de la perte de productivité et de la perte de confiance dans le système de santé. Environ 15 % des dépenses et de l'activité des hôpitaux dans les pays de l'OCDE sont imputables à des problèmes de sécurité. Cependant, de nombreux événements indésirables sont évitables. Les preuves suggèrent que plus d'un événement indésirable sur trois dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se produit dans des situations non complexes et jusqu'à 83 % peuvent être évités (49). Les coûts des défaillances de sécurité dépassent également de loin le coût de la prévention. On estime que l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux Medicare aux États-Unis a permis d'économiser 28 milliards de dollars américains entre 2010 et 2015.

Figure 3.4 Charge de morbidité causée par des événements indésirables, 2015



Remarque : Pourcentage des DALY moyennes/pays.
Source : Institut de métrologie et d'évaluation de la santé, 2015.

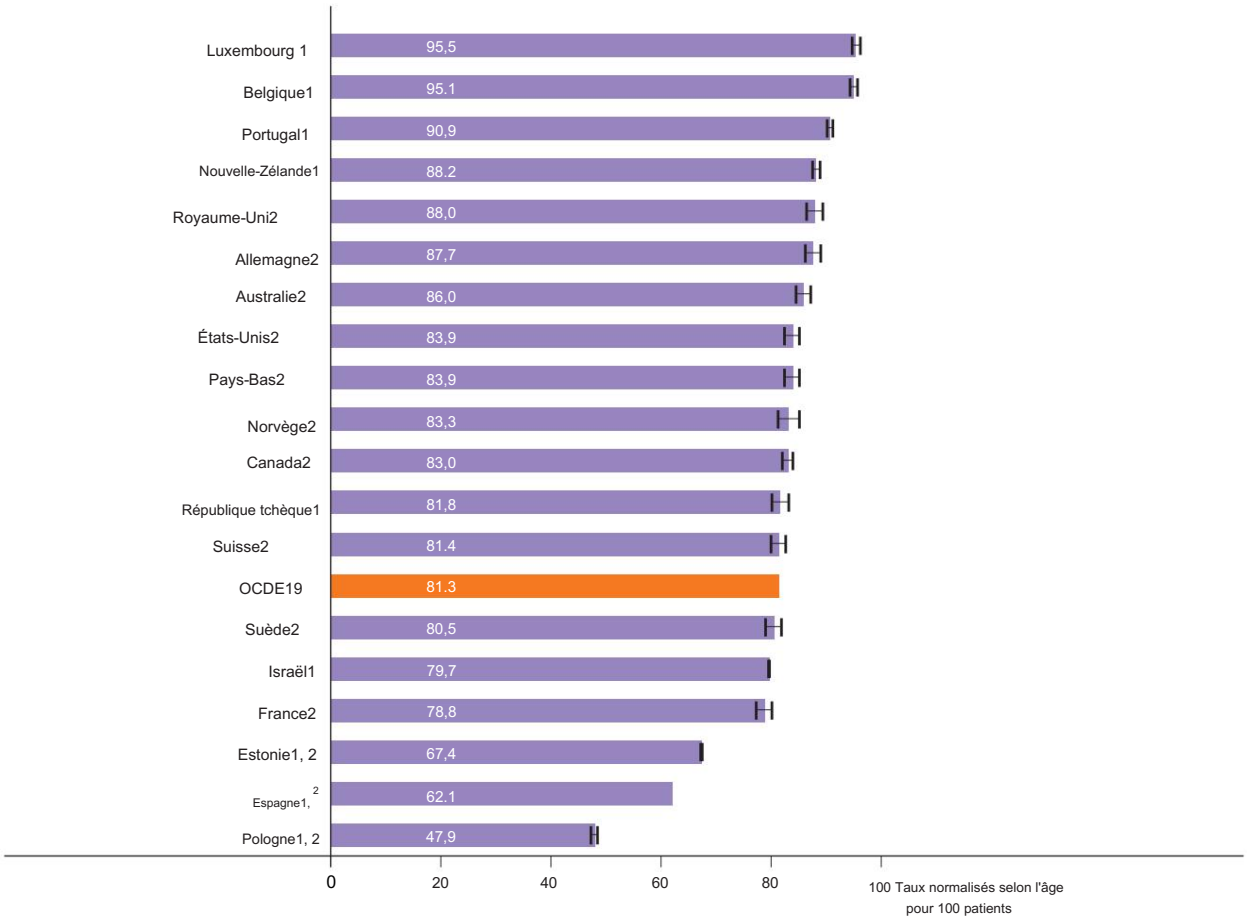
3.3.3 Les services de santé sont-ils centrés sur la personne ?

La mesure dans laquelle les besoins et les préférences des utilisateurs des services sont systématiquement intégrés dans les services de santé diffère entre les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible. Les systèmes de santé des pays à revenu élevé ont mis en place des mesures et des institutions pour surveiller les expériences et les perceptions des patients sur leurs conditions médicales spécifiques et leur état de santé général. Alors que les attentes et les approches en matière de soins centrés sur la personne varient d'un pays à l'autre, la plupart des utilisateurs de services dans les pays de l'OCDE signalent une expérience positive en ce qui concerne le temps passé avec le prestataire, les explications faciles à comprendre, les possibilités de faire part de leurs préoccupations et leur implication dans leurs soins (Figure 3.5) (50). L'attention portée aux soins respectueux, compatissants et autrement centrés sur les personnes n'est pas aussi répandue dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par exemple, un nombre croissant de recherches sur les soins de maternité respectueux indique que les femmes ont de mauvaises interactions avec les prestataires de soins de santé et sont exclues de la prise de décision en matière de soins, et ne sont souvent pas informées des détails de leurs soins (51, 52).

Machine Translated by Google

Figure 3.5 Médecin fournissant des explications faciles à comprendre

(2013 ou année la plus proche)



Remarque : Intervalles de confiance à 95 % représentés par H.

1. Sources nationales.

2. Les données se réfèrent aux expériences des patients avec leur médecin traitant.

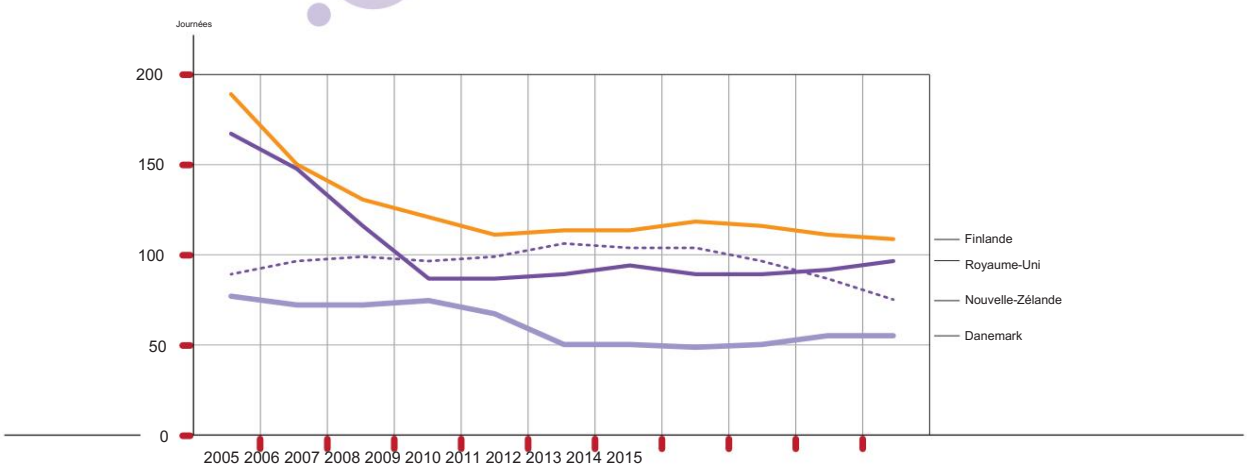
Source : Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 et autres sources nationales.

3.3.4 Les services de santé sont-ils opportuns ?

Il a été démontré que les temps d'attente pour les procédures électives et d'urgence prédisent la satisfaction des utilisateurs de services (53–55). Dans les situations d'urgence, les retards dans la réception d'un traitement approprié peuvent également entraîner des décès évitables (56). Néanmoins, les délais d'attente pour les différents services de santé varient d'un pays de l'OCDE à l'autre. Par exemple, en 2015, le temps d'attente moyen pour une prothèse de hanche était d'environ 42 jours aux Pays-Bas, mais de 290 jours en Estonie et de plus de 400 jours au Chili et en Pologne. Les tendances temporelles montrent que des réductions du temps d'attente ont été enregistrées en Finlande et en Nouvelle-Zélande, alors que cette tendance a convergé ces dernières années, avec une relative stabilité des taux depuis 2008 dans de nombreux pays, tels que le Danemark et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Figure 3.6) (2). Beaucoup moins de travail a été fait pour comparer les retards de service entre les pays à revenu faible et intermédiaire. Les recherches empiriques menées dans chaque pays indiquent que les délais d'attente sont relativement longs. Par exemple, dans une étude d'un service d'urgence à la Barbade, une médiane de 10 minutes était nécessaire pour le triage, 213 minutes pour les résultats de laboratoire et 178 minutes pour être vu par un médecin (57). De plus, dans un service ambulatoire au Nigéria, 74 % des usagers des services ont attendu entre 60 et 120 minutes pour être enregistrés et un délai supplémentaire pour voir un prestataire de services (58).

Machine Translated by Google

Figure 3.6 Tendances des temps d'attente moyens pour une arthroplastie de la hanche

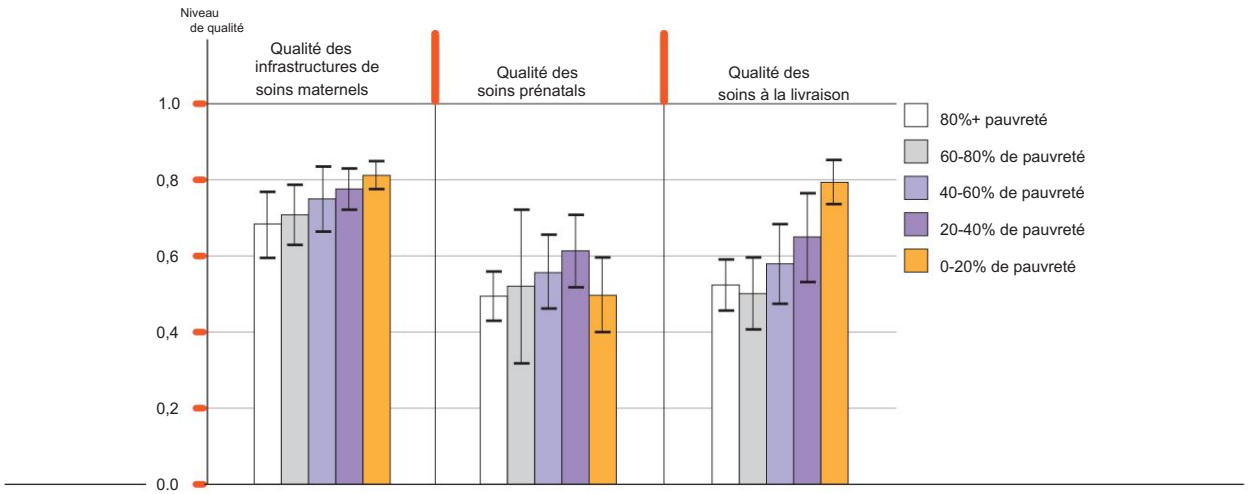


Source : Panorama de la santé 2017 (2).

3.3.5 Les services de santé sont-ils équitables ?

Des lacunes existent dans la qualité des soins de santé partout dans le monde, mais elles sont encore plus graves pour les populations défavorisées. Les National Healthcare Disparities Reports des États-Unis suivent la qualité des soins depuis 2010. En 2015, la moitié des mesures de la qualité n'ont montré aucun changement ou se sont détériorées parmi les populations à faible revenu. Plus de la moitié de la qualité mesurée n'a pas changé ou s'est détériorée pour les populations rurales (59). Au Canada, les patients ayant subi un infarctus du myocarde et appartenant à des groupes autochtones étaient moins susceptibles d'avoir reçu le traitement recommandé, y compris l'angiographie cardiaque et les procédures de revascularisation (60). Au Kenya, la qualité des services de santé maternelle est la plus faible dans les comtés pauvres, où seulement 17 % des femmes avaient accès à des soins d'accouchement minimalement adéquats (Figure 3.7) (61). De plus, en Inde, les personnes qui vivent dans des ménages de faible statut socio-économique dans des communautés pauvres sont moins susceptibles de faire appel à des prestataires de soins de santé compétents (62).

Figure 3.7 Qualité structurelle et de processus des services maternels par niveau de pauvreté du comté au Kenya



Source : Sharma et al. (63).

Machine Translated by Google

3.3.6 Les services de santé sont-ils intégrés ?

Avec les maladies chroniques et non transmissibles émergentes, de plus en plus de personnes vivent avec des maladies chroniques multiples et complexes qui nécessitent une coordination des soins à tous les niveaux et tout au long de leur vie. La continuité des soins et la coordination des soins peuvent améliorer l'expérience de soins des personnes vivant avec de telles conditions et ayant besoin de soutien. Cependant, des lacunes importantes dans la coordination des soins de santé existent, même dans les pays à revenu élevé. Une enquête auprès de patients ayant des besoins de soins complexes dans 11 pays à revenu élevé a révélé des problèmes de coordination, tels que des résultats de test ou des dossiers non disponibles au rendez-vous ou des tests en double commandés, des prestataires ne partageant pas d'informations importantes entre eux et des spécialistes ne disposant pas d'informations sur les soins médicaux. antécédent ou médecins habituels non informés des soins spécialisés (63). Une analyse des données liées aux soins primaires et aux soins secondaires sur les personnes âgées (âgées de 62 à 82 ans) provenant de 200 cabinets médicaux en Angleterre a révélé que les patients qui consultaient le même médecin généraliste une plus grande proportion du temps avaient moins d'admissions à l'hôpital pour des soins ambulatoires sensibles. conditions (64).

3.3.7 Les services de santé sont-ils efficaces ?

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 a estimé qu'environ 20 à 40 % de toutes les ressources du secteur de la santé sont gaspillées (65). Les principales causes d'inefficacité dans la prestation de services comprennent l'utilisation inappropriée des médicaments, la composition sous-optimale des ressources humaines, la surutilisation ou la surabondance d'équipements, la corruption et la sous-utilisation des infrastructures. Une variation géographique injustifiée de la prévalence des procédures et de l'intensité des soins fournit une estimation indirecte de la surutilisation et donc de l'inefficacité. Par exemple, en Inde, le taux d'utilisation d'antibiotiques pour la diarrhée aiguë dans les établissements publics est de 43 % mais monte à 69 % dans les établissements privés. En outre, il existe une variation d'un facteur neuf dans l'utilisation des interventions coronariennes percutanées à l'échelle internationale et une variation d'un facteur cinq dans l'utilisation des pontages coronariens dans les pays de l'OCDE (66). Ces différences ne s'expliquent pas par la variation du fardeau des maladies cardiovasculaires.
Des soins de santé inefficaces dus à une surutilisation et à d'autres causes ont des répercussions négatives sur les résultats de santé de la population. L'espérance de vie à la naissance pourrait être augmentée de plus de deux ans en moyenne dans les pays de l'OCDE à dépenses de santé constantes si tous les pays devenaient aussi efficaces que les plus performants (67).

3.4 CONCLUSION

Malgré l'augmentation substantielle de l'accès aux services de santé essentiels réalisée à l'ère des OMD, il existe des niveaux élevés de mortalité et de morbidité évitables qui peuvent être traités grâce à des efforts de qualité. Par exemple, le fardeau restant de la mortalité maternelle et infantile dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est largement dû à la mauvaise qualité des services de santé. Les ODD mettent explicitement l'accent sur la qualité des services de santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle dans tous les pays.

Des services de santé de haute qualité impliquent les bons soins, au bon moment, répondant aux besoins et aux préférences des utilisateurs des services, tout en minimisant les dommages et le gaspillage des ressources. Des soins de santé de qualité augmentent la probabilité des résultats de santé souhaités et sont compatibles avec sept caractéristiques mesurables : efficacité, sécurité, approche centrée sur la personne, rapidité, équité, intégration des soins et efficience. Quel que soit le niveau de revenu d'un pays, s'il est possible d'améliorer les résultats en matière de santé, la qualité des soins peut également être améliorée.

Les efforts visant à surveiller les tendances de la qualité des soins de santé pour l'agenda des ODD seront inefficaces en l'absence de consensus sur des indicateurs clés comparables entre les pays et collectés régulièrement. Les preuves empiriques issues du nombre croissant de travaux sur la mesure de la qualité indiquent qu'il existe des lacunes à l'échelle mondiale dans tous les domaines des services de santé de qualité. Ces lacunes présentent des opportunités pour améliorer la qualité des soins et la santé des populations.

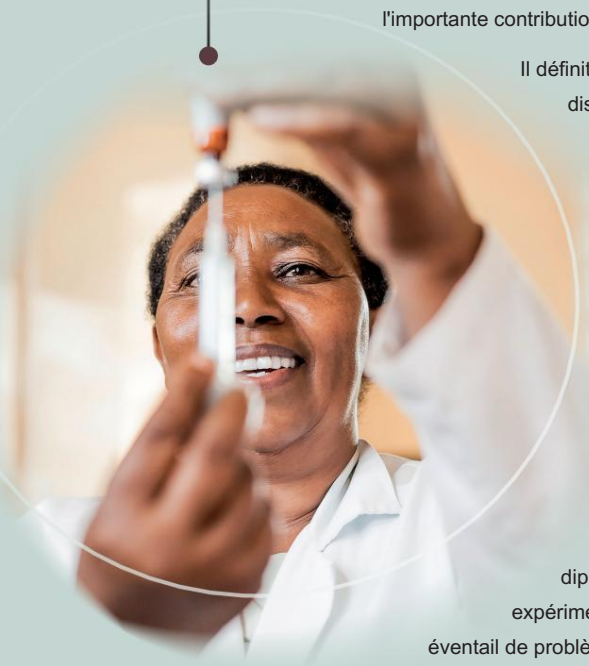
Machine Translated by Google

Ma qualité

M. Bafana Msibi, directeur exécutif des inspections de conformité,
Bureau de la conformité aux normes sanitaires
Afrique du Sud

« Dans tout système de santé, les soins infirmiers sont l'épine dorsale du système », déclare Bafana Msibi, directrice exécutive des inspections de conformité au Bureau sud-africain de conformité aux normes sanitaires. "Dans notre pays en particulier, et dans d'autres pays d'Afrique, les soins de santé primaires sont dirigés par des infirmières."

En tant que cadre de santé avec plus de 15 ans d'expérience, travaillant pour un organisme indépendant dont la mission est d'assurer la qualité des soins et le respect des normes sanitaires dans les établissements de santé publics et privés, Bafana Msibi est bien placé pour évaluer l'importante contribution des infirmières à la qualité des soins de santé.



Il définit la qualité des soins, en bref, comme «l'utilisation des ressources disponibles pour fournir les meilleurs soins aux usagers». Msibi reconnaît que de bons soins aux patients nécessitent une approche holistique qui va parfois au-delà du traitement clinique. "Vous pouvez voir une patiente présenter des symptômes et, en essayant de la traiter, vous pouvez constater que ces symptômes sont causés par le stress", dit-il. Parce que les infirmières passent plus de temps avec les patients que tout autre clinicien, leur rôle est crucial. De plus, ils sont directement impliqués dans la mise en place des mesures de précaution qui favorisent un environnement médical sécuritaire dans leur travail quotidien.

En Afrique du Sud, toutes les infirmières autorisées doivent entreprendre un an de service communautaire après avoir obtenu leur diplôme de quatre ans. Travaillant sous la supervision de professionnels expérimentés qui les encadrent, les nouveaux diplômés sont exposés à un large éventail de problèmes médicaux. Ils développent également une solide compréhension des communautés qu'ils desservent. Les connaissances et les compétences acquises par les jeunes infirmières durant cette période les préparent bien aux exigences de leur profession.

« Quand j'étais jeune, je travaillais dans une clinique en zone rurale. Si les patients arrivaient avec un problème nécessitant le niveau de soins suivant, nous les référions au médecin ou appelions une ambulance pour les emmener à l'hôpital. Il existe des cliniques dans la plupart des régions, et là où il n'y en a pas, des cliniques mobiles effectuent des visites. La plupart de ces cliniques sont dirigées par des infirmières », dit Msibi.

Machine Translated by Google

En Afrique du Sud, certaines infirmières occupent des postes de haut niveau en tant que PDG d'hôpitaux ou directeurs de district, dit Msibi, mais il en faut davantage dans les postes de direction. « La profession infirmière doit former des leaders pour le système de soins de santé. Ils doivent être développés à travers le système, le connaître de fond en comble, et ils doivent également comprendre les processus d'élaboration des politiques en son sein.

Bafana Msibi, qui a pu mener une étude dans un hôpital public lorsqu'il étudiait pour sa maîtrise en santé publique, aimerait que davantage d'infirmières bénéficient d' opportunités similaires pour entreprendre des recherches. La participation d'un plus grand nombre d'infirmières à l'élaboration des politiques en tant que membres de comités consultatifs, de commissions et de conseils contribuerait également à d'autres améliorations de la qualité des soins, croit-il.

Le Bureau de conformité aux normes sanitaires de Msibi négocie actuellement un protocole d'accord avec le Conseil sud-africain des soins infirmiers et d'autres organismes représentant les professions médicales pour renforcer la coopération entre les services de santé. La réalisation d'inspections conjointes des hôpitaux, par exemple, pourrait accroître l'efficacité et aider à soutenir des normes de soins élevées. «Lorsque nous développons des modèles et des cadres pour améliorer la qualité, nous devons nous assurer qu'ils intègrent tout le monde et mettent les valeurs de la profession au premier plan», déclare Msibi. "En fin de compte, nous sommes tous intéressés à fournir des soins de qualité et si vous voulez avoir de la qualité, vous devez vous assurer qu'il y a un bon travail d'équipe."

Image de la page précédente : © ranplett/iStock

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Chapitre 4 Intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé

Machine Translated by Google

Chapitre 4

Intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé

4.1 PRÉSENTATION

Des services de mauvaise qualité – même s'ils sont disponibles à un coût abordable – sont un obstacle à la réalisation d'une couverture sanitaire universelle efficace. En effet, les communautés n'utiliseront pas des services dont elles se méfient et qui leur sont peu utiles. Des mécanismes permettant d'assurer, de surveiller et d'améliorer continuellement la qualité doivent être intégrés aux fondements des systèmes de soins de santé.

Ce chapitre examine cinq de ces fondements essentiels à tout service de santé : les travailleurs de la santé ; établissements de soins de santé; médicaments, dispositifs et autres technologies ; systèmes d'information; et le financement. La simple disponibilité des ressources ne suffit pas. Des efforts conscients et continus sont nécessaires pour s'assurer qu'ils sont utilisés de manière efficace, sûre et adaptée individuellement aux besoins des patients. La gouvernance, ainsi que les outils, les techniques et l'économie politique de la réforme, sont explorés dans le chapitre suivant.

Un système de soins complet permet aux personnes d'accéder à un continuum de soins tout au long de leur vie, comprenant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies, la réadaptation, le soutien émotionnel et spirituel et les soins palliatifs. Trois considérations importantes doivent sous-tendre la conception de tout système de soins de santé : les services doivent être conçus pour répondre aux besoins locaux ; des soins primaires accessibles et de haute qualité devraient être le fondement de tous les autres services; et les individus et les communautés devraient être impliqués dans la conception, la prestation, l'évaluation et l'amélioration de chaque service (68). Les principes d'amélioration de la qualité doivent imprégner toutes les activités, de la ligne de front au niveau du système.

4.2 FONDEMENTS POUR DES SOINS DE HAUTE QUALITÉ

4.2.1 Des agents de santé motivés et soutenus pour fournir des soins de qualité

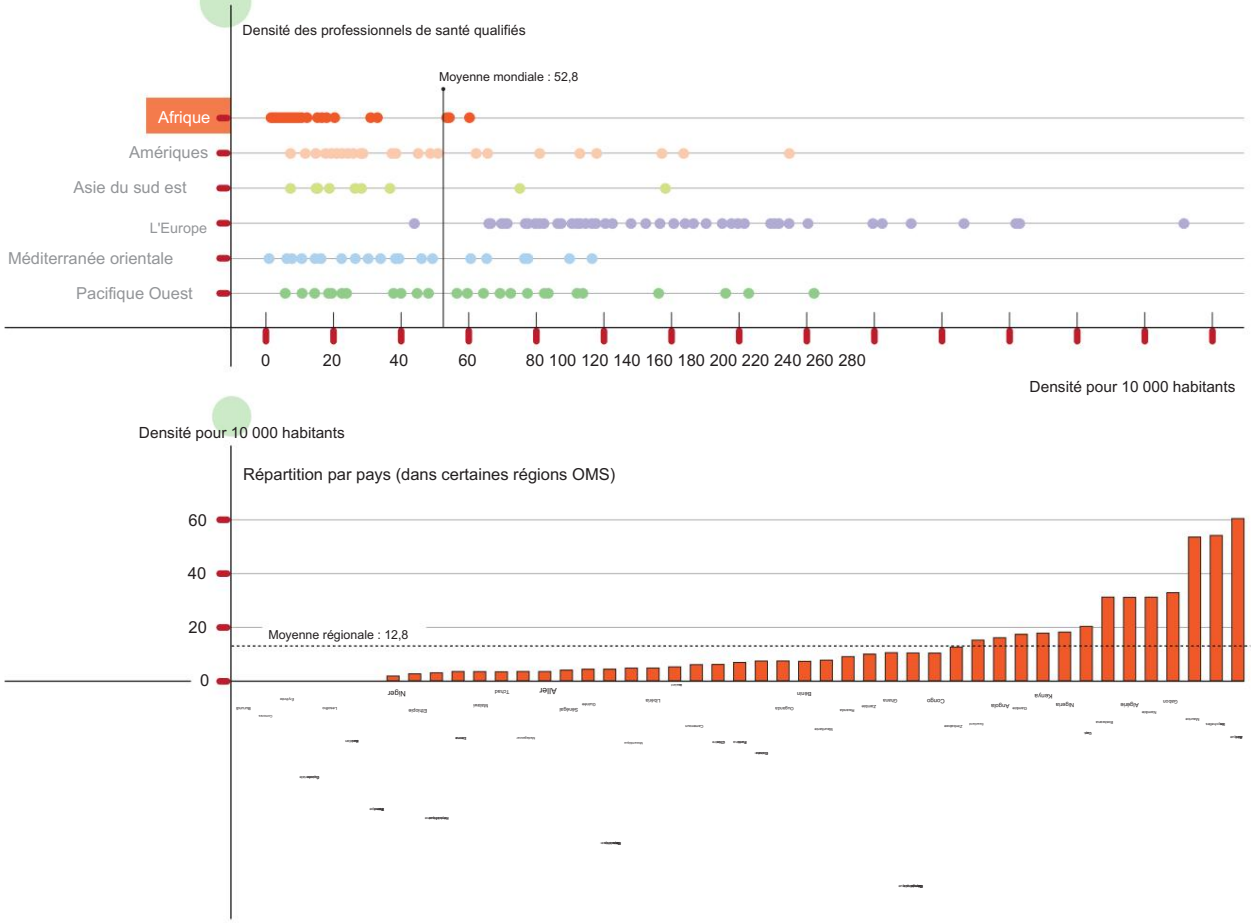
Des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé qualifiés sont essentiels pour fournir des soins de santé de haute qualité aux individus, aux familles et aux communautés. Il y a actuellement un déficit mondial estimé à 2,5 millions de médecins, 9 millions d'infirmières et de sages-femmes et 6 millions de professionnels paramédicaux. En conséquence, les soins de base sont souvent absents ou mal dispensés (69). Le problème est le plus grave dans les pays les plus pauvres (graphique 4.1). Même dans les économies développées, les agents de santé sont trop souvent concentrés dans les villes, ce qui a pour conséquence que la qualité des soins est souvent moins bonne dans les zones rurales et reculées. Même à l'intérieur des villes, certains endroits – par exemple les bidonvilles – souffrent d'un manque particulier de personnel de santé.

Les agents de santé communautaires peuvent contribuer à atténuer les pénuries de main-d'œuvre. Ce sont des personnes qui ont été formées pour fournir des services de soins de santé spécifiques ou pour entreprendre la surveillance et le traitement des maladies transmissibles ou non transmissibles. Ils viennent généralement des communautés qu'ils desservent, offrant ainsi un pont potentiel aux efforts d'engagement communautaire. Les agents de santé communautaires peuvent surmonter les barrières culturelles et linguistiques, tout en élargissant l'accès aux soins et en offrant de nouvelles formes d'emploi. Les preuves montrent que les agents de santé communautaires sont capables de fournir des soins sûrs et efficaces pour les maladies infantiles, de réduire la propagation des maladies transmissibles et non transmissibles, de promouvoir la nutrition et de fournir des services de planification familiale, à faible coût (70). Dans les milieux à faibles ressources, les agents de santé communautaires ont réduit la mortalité maternelle, néonatale et infantile (71). Plus de 50 ans d'expérience avec les programmes montrent que ces postes doivent être rémunérés et non volontaires ; avoir des responsabilités spécifiques qui ne sont pas trop étendues ; recevoir une formation, une formation continue et une supervision continue ; être intégré aux équipes de soins de santé primaires; et faire partie de boucles de retour de données (72).

Machine Translated by Google

Figure 4.1 Densité et répartition mondiales des professionnels de santé qualifiés

par région OMS, 2005-2016



Source : Observatoire mondial de la santé (34).

La disponibilité du personnel ne garantit pas en soi une bonne prise en charge. Les agents de santé peuvent passer peu de temps avec les patients, n'ont pas la capacité de poser des diagnostics corrects ou de prescrire un traitement inapproprié (73). Les cliniciens ruraux du sud de la Chine n'ont passé en moyenne que 1,6 minute à consulter des patients et n'ont posé que 18 % des questions essentielles.
Un diagnostic entièrement correct n'a été fourni que dans une consultation sur quatre (44).

Au-delà du simple dénombrement du personnel de santé, d'autres aspects critiques incluent :

- l' accessibilité, ou la facilité avec laquelle les gens peuvent voir ou parler à un professionnel de la santé avec les bonnes compétences, que ce soit en personne ou via des liens vidéo et téléphoniques ;
- l' acceptabilité, ou si les gens sentent qu'ils ont été traités avec respect et que leur opinion a été prise en compte lorsqu'il s'agit de décisions liées à leur santé ;
- la qualité, ou les connaissances, compétences et attitudes des professionnels de la santé selon aux normes acceptées et telles qu'elles sont perçues par les utilisateurs ;
- l'éventail des compétences et le travail d'équipe, ou si le groupe de professionnels de la santé (et, dans certains contextes, les travailleurs non professionnels) ont ensemble les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer les schémas locaux de mortalité et de morbidité ; • les environnements propices, ou

les conditions physiques, juridiques, financières, organisationnelles, politiques et culturelles qui favorisent des soins de haute qualité.

Machine Translated by Google

La première étape dans la constitution d'une main-d'œuvre de haute qualité avec la bonne combinaison de compétences devrait être une stratégie nationale globale de main-d'œuvre visant à combler les lacunes en nombre, en répartition et en rétention, à court et à long terme. Les stratégies de personnel professionnel de la santé ne doivent pas priver d'autres systèmes de santé en attirant du personnel qualifié hors des systèmes de santé de leur pays d'origine. Les politiques de main-d'œuvre peuvent mettre des années à porter leurs fruits. La solution la plus efficace et la plus durable aux pénuries rurales réside dans la formation d'étudiants eux-mêmes issus de communautés rurales, y compris la création d'écoles cliniques dans les régions éloignées.

La modernisation des programmes de formation initiale des agents de santé pour garantir qu'ils acquièrent les compétences médicales et infirmières de base est un point de départ évident, mais reste un défi dans de nombreux pays (encadré 4.1) (74). Une autre priorité est le développement professionnel continu pour s'assurer que les professionnels de la santé maintiennent et améliorent leurs connaissances et leurs compétences – couvrant un large éventail de compétences – tout au long de leur vie professionnelle. De plus en plus, les systèmes de santé rendent le développement professionnel continu – et même la recertification – obligatoire. Même lorsqu'il n'y a pas de développement professionnel continu, les décideurs peuvent travailler avec des associations professionnelles pour encourager son utilisation et évaluer son impact (75). Enfin, l'intégration des principes de qualité et d'amélioration de la qualité dans les cursus et programmes d'éducation et de formation initiale et continue est essentielle pour constituer une main-d'œuvre compétente capable de fournir des services de santé de haute qualité.

Encadré 4.1 Étude de cas : former et retenir les agents de santé dans les zones mal desservies des Philippines

Deux facultés de médecine aux Philippines se concentrent principalement sur le recrutement, la formation et l'emploi d'étudiants dans les régions mal desservies du pays. L'école de médecine de l'Université Ateneo de Zamboanga et l'école des sciences de la santé de l'Université des Philippines à Manille font partie du réseau de formation pour l'équité en santé (THENet). Ce réseau international d'écoles de médecine stipule que les besoins des communautés mal desservies doivent être intégrés à toutes les phases et à tous les aspects de l'éducation médicale, de l'emplacement physique de l'école aux problèmes de santé guidant le programme. En outre, il devrait y avoir une dépendance envers les praticiens communautaires pour l'enseignement et le mentorat.

L'école de médecine de l'Université Ateneo de Zamboanga a ouvert ses portes en 1994 à Zamboanga City, à l'extrémité sud-ouest de l'île la plus méridionale des Philippines , apportant l'espoir d'un meilleur accès aux soins de santé à une population de 3,2 millions de personnes. L'école de médecine existante la plus proche se trouvait à 400 kilomètres. A l'époque, 80% des 100 communes de la région n'avaient pas de médecin. La région était en proie à des taux élevés de mortalité infantile et de maladies transmissibles. En 2011, un examen des 164 diplômés cumulés a révélé que 85 % exerçaient dans la région, dont la moitié dans des régions rurales et éloignées; dans l'ensemble, 90% ont continué à exercer aux Philippines contre 32% des diplômés à l'échelle nationale. Entre 1994 et 2008, le taux de mortalité infantile à Zamboanga a diminué d'environ 90 %, dépassant de loin la baisse moyenne nationale de 50 %. L'école continue de recruter des étudiants de la région et suit un programme profondément intégré aux besoins de santé de la communauté locale.

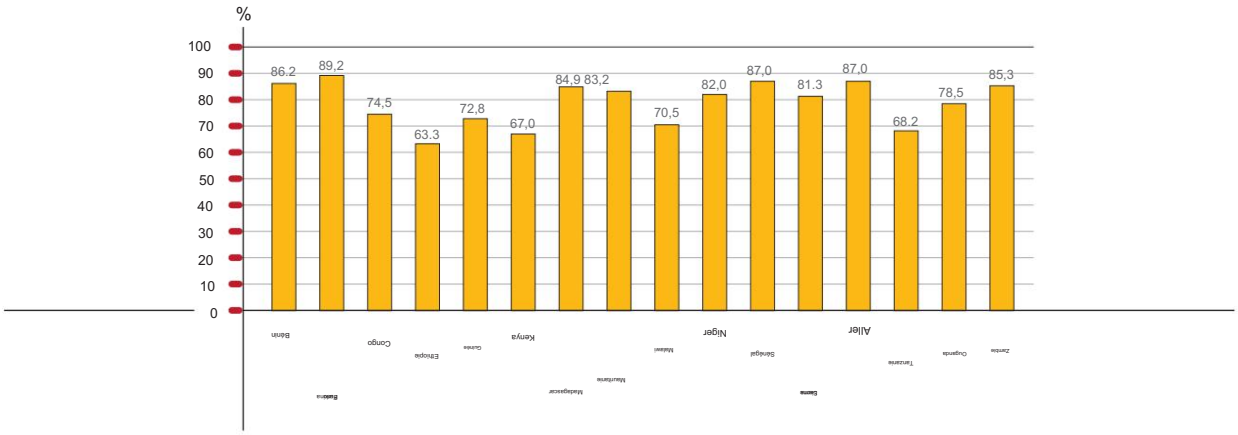
Source : Organisation mondiale de la santé (76) ; Cristobal et Worley (77).

Machine Translated by Google

4.2.2 Établissements de soins de santé accessibles et bien équipés

Des variations substantielles persistent dans la disponibilité et la préparation des services. Au sein des pays et entre les pays, la densité des hôpitaux et des cliniques est très différente. Les soins de santé de base peuvent être éloignés de plusieurs heures des communautés rurales plus pauvres. En Afrique subsaharienne, des équipements de base tels qu'un thermomètre et un stéthoscope sont disponibles dans un peu plus de la moitié des établissements en Éthiopie, mais au Burkina Faso, ils se trouvent dans presque tous les établissements (Figure 4.2). La disponibilité et l'état de préparation des services sont une condition nécessaire pour fournir des soins de qualité. Cependant, comme indiqué tout au long de ce document, il ne suffit pas de fournir des services de qualité (78).

Figure 4.2 Variations de la disponibilité des équipements de base dans les établissements de santé en Afrique sub-saharienne



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

La qualité des établissements de soins de santé est d'abord jugée sur la présence des éléments de base, tels que l'eau potable, une électricité fiable, un bon assainissement et une élimination sûre des déchets. Dans une enquête de 2014, moins d'un quart des installations au Nigeria disposaient d'eau, d'assainissement et d'électricité fiables. En effet, les estimations de l'OMS indiquent que 40 % des établissements de soins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire manquent d'eau améliorée et près de 20 % manquent d'assainissement. Ces bases de base sont requises de toute urgence pour la qualité des soins. Cependant, une infrastructure adéquate n'est pas nécessairement synonyme de soins de haute qualité. Des normes minimales doivent être établies et appliquées, et l'amélioration continue doit être encourag
L'accréditation, l'inspection et d'autres formes d'évaluation et de certification externes sont largement utilisées pour évaluer les établissements de santé par rapport à des normes explicites. La solidité des preuves à l'appui des évaluations externes ponctuelles est toutefois limitée (80, 81).
En conséquence, les systèmes de soins de santé se tournent de plus en plus vers des évaluations plus continues et formatives de la performance des prestataires, y compris la mesure des résultats et des expériences des patients (15).

4.2.3 Médicaments, dispositifs et technologies dont la conception et l'utilisation sont sûres

Un accès fiable à des médicaments, dispositifs et technologies sûrs et efficaces, y compris la transfusion sanguine, est une condition fondamentale pour des services de soins de santé efficaces. Restreindre activement les produits dangereux ou inefficaces est essentiel à la sécurité des patients. L'accès aux médicaments et autres technologies et les normes de qualité minimales pour ceux-ci se sont améliorés, mais des lacunes importantes subsistent dans l'approvisionnement de base. Des problèmes étendus et sérieux avec des produits contrefaits compliquent le problème.

Machine Translated by Google

Les normes de réglementation varient considérablement. Par exemple, dans certains pays, les antibiotiques peuvent être achetés sans ordonnance, ce qui alimente une utilisation inutile et augmente la menace de résistance aux antimicrobiens (82). Même lorsque l'utilisation des médicaments est correctement réglementée, les erreurs affectent environ une ordonnance sur 10 délivrées, principalement des erreurs liées à la dose (83). Selon un rapport, seuls 30 à 40 % des patients dans les pays à économie en développement ou en transition sont traités avec des médicaments conformément aux directives cliniques (84). Le rôle des patients dans l'efficacité et la sécurité des médicaments et des dispositifs est également essentiel. Les systèmes de santé n'accordent généralement pas une attention suffisante à l'information et au soutien des patients dans leur utilisation des médicaments. Le troisième défi mondial de l'OMS pour la sécurité des patients - Medication Without Harm - a été lancé lors du deuxième Sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients, Bonn, Allemagne, en mars 2017 dans le but de réduire les les dommages liés aux médicaments de 50 % dans le monde au cours des cinq prochaines années.

L'équipement médical nécessite une maintenance, une formation des utilisateurs, une assistance de secours et, éventuellement, un démantèlement. Les dons d'équipements – importants dans certains pays à faible revenu – suscitent des inquiétudes particulières. À moins que des pièces de rechange, des consommables et une formation du personnel ne soient disponibles, ces équipements peuvent être inutilisables ou dangereux. Trois pays sur 10 n'ont pas d'autorité nationale qui réglemente quelles technologies médicales peuvent être utilisées et comment (85). Les transfusions sanguines sont un cas particulier. De nombreux pays à faible revenu ne sont pas en mesure de dépister le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis dans le sang. Les receveurs de transfusion courent alors un risque inacceptable de contracter des infections transmissibles.

Les politiques nationales sur les médicaments et les dispositifs contribuent à garantir des produits de qualité garantie, en quantités adéquates et à des prix abordables. Les processus normalisés d'évaluation des technologies de la santé sont abordés dans le chapitre suivant. Des systèmes réglementaires exécutoires qui traitent de la conception et du développement, de la vente, de l'utilisation et de l'élimination peuvent être puissants pour garantir la qualité et la sécurité dans ce domaine. Des lignes directrices et des listes de contrôle peuvent encourager une utilisation appropriée au chevet du patient. Ils doivent être accompagnés de systèmes de surveillance qui contrôlent l'utilisation correcte et qui peuvent détecter les accidents et les effets indésirables. Le don de sang volontaire et non rémunéré améliore l'approvisionnement et la sécurité du sang. La sécurité serait transformée si tous les systèmes de santé adoptaient cette méthode de don (86).
Les risques de transfusion sont réduits par une évaluation externe de la qualité de la collecte, de la préparation et de l'administration des produits sanguins.

4.2.4 Des systèmes d'information qui surveillent et améliorent en permanence les soins

Développer des mesures de qualité opportunes et précises des services de soins de santé, des expériences des utilisateurs et des résultats obtenus reste difficile, étant donné le peu de dépenses des gouvernements et des donateurs pour les systèmes d'information sur la santé. La plupart des systèmes de santé de l'OCDE n'investissent que 2 à 4 % des dépenses totales de santé dans les systèmes d'information. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, ce chiffre est inférieur à 1 % (87). Par conséquent, les données sur les résultats et la qualité ne sont souvent pas saisies du tout, ou sont recueillies de manière à ne pas pouvoir être analysées ou comparées en raison d'un manque de terminologie normalisée.
Même lorsque des données sont collectées, la traduction de ces données en informations exploitables pour l'amélioration de la qualité reste un défi fondamental.

Pourtant, de bonnes informations sur les performances sont importantes pour améliorer la qualité des soins. Le projet européen EuroHOPE (European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency) a constaté que la survie après une crise cardiaque variait jusqu'à deux fois au sein d'un même système de santé national (88). Pour permettre aux hôpitaux et aux cliniques d'offrir le même niveau d'excellents soins, des données comparatives plus riches sur la variation de la qualité et des résultats doivent être collectées, interprétées

Machine Translated by Google

et utilisé pour diffuser les meilleures pratiques et soutenir les moins performants. Outre EuroHOPE, la Collaboration européenne pour l'optimisation des soins de santé (89) et le projet d'indicateurs de qualité des soins de santé de l'OCDE (35) illustrent une tendance à développer de tels systèmes de qualité des données à l'échelle mondiale (encadré 4.2).

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

Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé a débuté en 2001 dans le but de développer des comparaisons internationales de la qualité des soins de santé et, ainsi, d' identifier et de partager les meilleures pratiques pour surveiller, garantir et améliorer la qualité. Les experts engagés dans le projet sont issus de pays membres et non membres de l'OCDE, d'organisations internationales telles que l'OMS, la Commission européenne et d'instituts de recherche.

Environ 50 indicateurs sont rapportés (couvrant les soins primaires, les soins hospitaliers, les services de santé mentale, la sécurité des patients et les expériences des patients) d'environ 40 pays.
Des indicateurs comparables de la qualité des soins de santé sont publiés parallèlement à d'autres statistiques sanitaires de l'OCDE sur les dépenses, les ressources et l'utilisation afin de faciliter leur interprétation.

Parallèlement à la collecte régulière de données, une recherche et un développement continus sont menés pour améliorer la validité, l'utilité et la comparabilité des indicateurs de qualité des soins de santé.
Un autre objectif du projet est de renforcer les infrastructures nationales d'information pour produire des indicateurs plus complexes et plus fiables dans un nombre croissant de pays, y compris des pays non membres de l'OCDE.

Source : OCDE (35).

Trop souvent, les données sont laissées à l'abandon dans des systèmes papier mal organisés ou sont piégées dans des silos numériques incompatibles les uns avec les autres. L'utilisation opportune et appropriée de l'information et l' action sur celle-ci sont d'une importance vitale. Le Health Data Collaborative, une initiative mondiale dirigée par l'OMS, la Banque mondiale et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), relève ce défi. En travaillant avec des agences internationales et des pays individuels, le Health Data Collaborative cherche à harmoniser la manière dont les données des systèmes de santé sont collectées et communiquées à l'échelle mondiale, et vise à permettre un meilleur suivi des performances du système de santé et des progrès vers les cibles liées à la santé des ODD (90) . De même, l'Initiative sur la performance des soins de santé primaires (79) vise à partager des résultats comparables au niveau international sur la performance des systèmes de soins de santé primaires à l'échelle mondiale et à permettre l'amélioration de la performance grâce au partage des résultats et des meilleures pratiques pour l'amélioration de la performance.

Les informations de base sur toutes les naissances et tous les décès doivent être enregistrées de manière fiable. Un enregistrement d'état civil efficace est la colonne vertébrale de l'infrastructure d'information d'un système de santé. Des registres surveillant les besoins, les interventions et les résultats pour les groupes de patients (tels que les personnes vivant avec le VIH, le cancer ou une maladie mentale) peuvent être créés à partir de cela.

L'état civil attribue un identifiant personnel unique à un individu. Cela permet de relier les données de divers prestataires au fil du temps et de suivre la performance des services de soins de santé. Si la législation visant à protéger la vie privée empêche le couplage de données anonymes d'éléments de l'expérience de santé d'un individu à différents endroits et à différents moments, il n'y aura aucun moyen d'évaluer un parcours de soins complet (encadré 4.3).

Machine Translated by Google

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

Sur les 1,5 million de naissances annuelles en Ouganda, seule une sur cinq était enregistrée auprès du système national d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Les familles devaient souvent parcourir de longues distances pour s'inscrire en personne, ce qui nécessitait des frais. Un système basé sur le papier a créé des retards fréquents dans la délivrance des certificats de naissance. Même parmi les naissances enregistrées, plus de la moitié n'ont pas reçu de certificat de naissance.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Uganda Telecom ont mis en place le Mobile Vital Records System, qui relie les utilisateurs de téléphones portables et les ordinateurs des hôpitaux à un serveur du gouvernement central. Pour les naissances qui ont lieu en dehors des établissements de santé , des volontaires – généralement des chefs de village – collectent et envoient des informations sur les naissances à une base de données gouvernementale via un service gratuit à partir de leurs téléphones portables. Un fonctionnaire examine les informations et si elles sont jugées crédibles, un certificat de naissance est délivré. Le bénévole de la communauté est averti par SMS. Le déploiement du Mobile Vital Records System a considérablement augmenté l'enregistrement des naissances, ce qui a conduit à une plus grande expansion du programme. Désormais, il est également mis en œuvre dans les écoles pour atteindre les enfants auparavant non enregistrés.

Source : UNICEF (92).

La gouvernance efficace de l'information reste faible dans de nombreux systèmes de santé. L'utilisation de données personnelles sur la santé pour surveiller et améliorer les performances des services de santé sert un objectif public important, mais doit toujours être effectuée de manière à protéger la vie privée.
Une législation nationale est nécessaire pour protéger la vie privée des patients tout en permettant l'utilisation des données et une bonne communication avec le public sur l'utilisation des données, ainsi que, au niveau mondial, des normes pour améliorer la qualité et la comparabilité des données (91).

Le passage des dossiers papier à un dossier de santé électronique unique, utilisable dans plusieurs contextes de soins de santé, aidera à surveiller la performance des services de soins de santé.
Il sera également essentiel d'aider les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs à interpréter les données sur les services et à les utiliser pour améliorer la qualité.

Des mesures particulières sont nécessaires pour améliorer la sécurité des patients. Encourager la transparence lorsque les choses tournent mal, en construisant une culture sans reproche et d'apprentissage, est une condition préalable. Cela peut être soutenu si les analyses se concentrent sur la compréhension des causes profondes des événements indésirables en explorant les multiples facteurs causaux et contributifs qui provoquent des erreurs, dont certaines entraînent des dommages majeurs pour les patients. S'entendre sur une terminologie normalisée au niveau international améliorera également la capacité de classer, de comparer et de prévenir les événements indésirables dans différents systèmes de santé.

Enfin, en 2017, les ministres de la santé des pays de l'OCDE ont convenu que leurs systèmes de santé seraient étalonnés à l'aide d'une nouvelle vague d'indicateurs de performance déclarés par les patients (30). Des systèmes d'information sur la santé plus sophistiqués interrogent directement les patients, pour surveiller et comparer leurs points de vue sur la qualité des soins reçus et surveiller leurs résultats de santé (93). Cette stratégie est un développement important qui soutiendra un changement de paradigme des systèmes de mesure axés sur les fournisseurs de soins de santé à des systèmes véritablement centrés sur les personnes dans lesquels la mesure est axée sur les expériences et les résultats vus du point de vue des patients (94).

Machine Translated by Google

4.2.5 Mécanismes de financement qui permettent et encouragent des soins de qualité

La façon dont les fonds sont collectés, mis en commun et utilisés pour payer les services de soins de santé peut, sans surprise, avoir des effets importants sur la qualité et les résultats des soins. Premièrement, il existe des preuves solides que les fonds devraient être collectés et mis en commun avant d'avoir besoin de soins, par le biais de régimes d'assurance obligatoires (avec des contributions subventionnées pour ceux qui n'ont pas les moyens de s'assurer). L'alternative – payer de leur poche au moment où ils en ont besoin – signifie que les gens se privent de soins lorsqu'ils en ont besoin et finissent par être plus malades ou catastrophiquement appauvris (65).

La façon dont le financement passe ensuite des agences d'assurance à la première ligne, pour acheter ou rembourser des services, est tout aussi critique. Il existe plusieurs mécanismes possibles, tels que la rémunération à l'acte, la capitation ou les budgets forfaitaires annuels (transférés aux hôpitaux ou aux cliniques, en fonction des dépenses antérieures ou prévues). Chacun a ses forces et ses faiblesses, dans la mesure où il récompense l'activité plutôt que les résultats, ou encourage les soins préventifs plutôt que réactifs. Il n'y a pas de solution miracle et, dans la pratique, un mélange de mécanismes est généralement utilisé. Ce qui est important, du point de vue de la qualité des soins, c'est que le mélange soit intelligemment conçu, s'aligne aussi étroitement que possible sur les besoins locaux, encourage la coordination des soins pour les personnes ayant des besoins complexes, investisse de manière adéquate dans les soins primaires et la prévention, récompense des soins de qualité , et pénalise les soins qui ne répondent pas à des normes suffisantes. En conséquence, les systèmes de santé conçoivent de plus en plus des mécanismes qui paient pour des forfaits ou des parcours de soins, et expérimentent des paiements basés sur la qualité.

Une famille de ces innovations, appliquée aussi bien dans les milieux à revenu élevé qu'à faible revenu, est la rémunération à la performance (P4P), ou financement basé sur les résultats. Des programmes soigneusement conçus, souvent limités dans le temps, rémunèrent les prestataires de soins de santé pour qu'ils effectuent des interventions spécifiques hautement prioritaires. Près des deux tiers des pays de l'OCDE ont mis en place au moins un programme P4P, principalement dans les soins primaires. Les examens systématiques suggèrent provisoirement un impact positif du P4P et des programmes de financement basés sur les résultats sur la qualité dans les pays de l'OCDE (93). Les résultats du financement basé sur les résultats dans les milieux à faible revenu sont mitigés, avec des résultats assez modestes jusqu'à présent pour l'amélioration de la qualité, en particulier pour les conditions non ciblées.
Dans l'ensemble, les innovations en matière de paiement peuvent également être utilisées pour offrir des avantages collatéraux durables - tels que des protocoles de soins améliorés, une collaboration améliorée entre les prestataires et des systèmes d'information améliorés - sur les besoins, les activités, les résultats et les coûts en matière de soins de santé.

4.3 LA QUALITÉ DES SOINS COMME FONDEMENT DES SOINS DE SANTÉ CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Alors que les gouvernements prévoient de fournir une couverture sanitaire universelle, trois principes de conception clés doivent être pris en compte. Premièrement, les services doivent être conçus de manière à répondre aux besoins locaux en matière de soins de santé. Bien qu'apparemment évident, de nombreux systèmes de santé ne sont pas axés sur la santé de la population. Au lieu de cela, les réseaux de services de santé disponibles sont le produit d'un héritage historique, ou sont le résultat d'un lobbying politique ou d'un financement transitoire de donateurs.
Les communautés locales peuvent être des spectateurs innocents dans la conception des soins qui leur sont finalement destinés. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont dû faire face à une charge élevée de maladies transmissibles, ce qui signifie que leurs systèmes ont eu besoin de solides fonctions de santé publique dans des domaines tels que la surveillance, les laboratoires et la vaccination de routine. Ils peuvent également avoir reçu des fonds substantiels de donateurs sous la forme de subventions de programme pour contrôler ou éliminer des maladies particulières. De plus en plus, cependant, la charge croissante des maladies non transmissibles dans ces mêmes pays nécessite des services capables de soutenir les personnes au fil du temps avec des soins personnalisés et proactifs pour gérer leur état, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie (encadré 4.4).

Machine Translated by Google

Encadré 4.4 Étude de cas : besoins non satisfaits pour la prise en charge des maladies chroniques

L'hypertension, ou hypertension artérielle, est l'un des facteurs de risque les plus répandus et les plus critiques de décès précoce et d'invalidité dans le monde. L'hypertension non traitée entraîne des maladies rénales, des cardiopathies ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux (ces derniers sont les deux principales causes de décès dans le monde). L'hypertension touche environ un adulte sur trois âgé de plus de 20 ans dans le monde, la prévalence étant désormais plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (prévalence standardisée selon l'âge de 31,5 % contre 28,5 %, respectivement). Sur les quelque 1,5 milliard de personnes souffrant d'hypertension, moins de la moitié seront conscientes de leur état ; seulement 36,9 % suivront un traitement approprié ; et aussi peu que 13,8 % verront leur tension artérielle efficacement contrôlée. Des disparités significatives dans la sensibilisation et le traitement existent selon le niveau de revenu des pays : dans les pays à revenu élevé par rapport aux pays à revenu faible et intermédiaire, les taux de diagnostic et de traitement sont deux fois plus élevés et 4 fois la proportion de patients dont la tension artérielle est contrôlée.

Source : Mills et al. (96).

Une étude récente a analysé 22 initiatives visant à renforcer les soins de santé primaires dans 10 comtés en Chine et aux niveaux national et infranational dans 12 pays. Huit principes de systèmes de soins de santé primaires performants ont été dérivés : assurer les soins de santé primaires comme premier point de contact pour la plupart des besoins de soins de santé ; des équipes de soins multidisciplinaires fonctionnelles; intégration verticale des services; intégration horizontale des services; technologie avancée de l'information et de la communication; des parcours cliniques intégrés et des systèmes de référence double fonctionnels ; normes de mesure et rétroaction; et certification (95).

Le deuxième principe clé de la conception est de construire des services de soins primaires de haute qualité (97). Les premiers contacts avec les soins de santé et le point d'entrée régulier d'une personne dans le système de santé doivent être continus et complets (encadré 4.5). Aucun problème de santé physique ou mentale ne devrait être exclu des fonctions de surveillance et de coordination des soins primaires. Si les individus et les familles d'une communauté géographiquement (ou autrement définie) sont officiellement enregistrés auprès d'un fournisseur de soins primaires nommé, cela permet la création de profils de santé communautaires, ainsi que la surveillance des besoins et la prestation de soins préventifs. L'enregistrement crée également une structure de soins proactifs parmi les personnes atteintes de maladies chroniques. Les soins primaires sont également essentiels à la résilience du système de santé et jouent un rôle central dans la surveillance des maladies transmissibles ou d'autres dangers, et dans la prestation de soins de première ligne en cas d'épidémie.

Troisièmement, l'engagement avec les patients, les familles et les communautés doit être intégré aux systèmes de santé, plutôt que d'être ajouté après coup. Un examen des études contrôlées randomisées des programmes de soins intégrés pour les personnes âgées fragiles, par exemple, a montré que le plus d'avantages provenait de ceux dans lesquels la personne âgée était directement impliquée dans la planification des soins (98, 99).

Si les groupes de patients sont encouragés à s'engager dans une action collective, les gens bénéficient énormément du soutien d'autres personnes ayant des problèmes de santé similaires. Le programme Patients for Patient Safety de l'OMS en est une bonne illustration. Le programme a habilité un réseau mondial de défenseurs des patients qui vise à favoriser la collaboration entre les patients, les familles, les communautés, les prestataires de soins de santé et les décideurs politiques pour rendre les soins de santé plus sûrs grâce aux idées et aux expériences des patients eux-mêmes (100).

Machine Translated by Google

Encadré 4.5 Étude de cas : soins primaires au Costa Rica

Au Costa Rica, un secteur innovant des soins primaires constitue une base solide pour le reste du système de soins de santé. Les cliniques communautaires ou les équipes de base de soins de santé intégrés (equipos básicos de atención integral de salud, EBAIS) sont les unités fonctionnelles de prestation de soins primaires. Chaque EBAIS dessert environ 1000 foyers. Chacun comprend au moins un médecin, un infirmier et un auxiliaire de santé. D'autres membres du personnel, tels que des travailleurs sociaux, des dentistes, des techniciens de laboratoire, des pharmaciens et des nutritionnistes, peuvent également soutenir la clinique.

Pour compléter l'EBAIS, des centres de soins de santé intégrés (centros de atención integral en salud, CAIS) ont récemment été créés. Ils offrent un modèle étendu de soins primaires, comprenant des services de maternité, des lits de soins intermédiaires (pour éviter l'hospitalisation ou accélérer le congé précoce), la chirurgie mineure, la réadaptation, les cliniques spécialisées (telles que la gestion de la douleur) et les diagnostics tels que la radiographie.

Un cadre détaillé de performance des soins primaires évalue les autorités sanitaires locales à travers 30 indicateurs dans les domaines de l'accès, de la continuité, de l'efficacité, de l'efficience, de la satisfaction des patients et de la compétence organisationnelle. Pour chaque indicateur, un objectif national est fixé et des tableaux de bord des résultats locaux sont publiés, permettant aux prestataires de comparer leurs performances par rapport à des référentiels nationaux, régionaux et locaux.

Les données nationales montrent que 80 % des présentations en soins primaires sont résolues à ce niveau, sans référence aux soins secondaires. Des directives d'aiguillage existent et les aiguillages vers les hôpitaux sont refusés si les étapes appropriées n'ont pas été suivies dans les soins primaires. Les médecins hospitaliers forment également des collègues travaillant dans EBAIS pour renforcer la gestion des soins primaires.

Source : OCDE (21).

Plus généralement, la collaboration avec des organisations non gouvernementales, des groupes communautaires de base et des organisations représentatives des patients offre également d'énormes gains potentiels. Les organisations de la société civile axées sur les questions de santé sont de mieux en mieux implantées dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (encadré 4.6). Ces groupes font bien plus que simplement offrir des conseils et du soutien – ils aident également les gens à faire valoir leurs droits à des soins de qualité. Une revue de la littérature par Laverack (101) illustre les multiples voies par lesquelles l'engagement communautaire renforce les systèmes de santé. Il s'agit notamment de renforcer les réseaux sociaux, de développer des compétences locales telles que le leadership, la mobilisation des ressources ou simplement de poser la question « Pourquoi ? »

Encadré 4.6 Étude de cas : utiliser Citizen Voice and Action pour autonomiser les communautés en Ouganda

L'autonomisation des communautés par la formation et l'éducation est une étape importante pour leur permettre de s'engager avec les prestataires de soins de santé. Le modèle de projet Citizen Voice and Action (20), par exemple, permet aux citoyens de connaître le nombre d'agents de santé, de vaccins, d'équipements et de matériel qui devraient être présents dans leur centre de santé local. Les résidents travaillent ensuite avec les agents de santé et le gouvernement local pour mesurer la conformité de l'établissement aux normes gouvernementales.

...

Machine Translated by Google

Ils peuvent également utiliser un tableau de bord communautaire pour évaluer l'établissement en fonction de critères qu'ils génèrent eux-mêmes, et convoquer des réunions avec la société civile, le gouvernement et les prestataires de services où toutes les parties prenantes peuvent examiner les preuves et s'engager dans un plan d'action pour améliorer les services.

Le modèle Citizen Voice and Action a été mis en œuvre avec succès en Ouganda en 2004 en réponse à la faiblesse perçue de la prestation des soins de santé au niveau des soins primaires. L'objectif principal de l'intervention était de renforcer la responsabilité du prestataire envers les clients citoyens en introduisant un processus, utilisant des organisations communautaires formées comme facilitateurs, que les communautés pourraient gérer et soutenir par elles-mêmes. Un an après la mise en œuvre, les établissements de santé des villages de traitement (par rapport aux villages de comparaison) ont constaté une réduction de 12 minutes du temps d'attente moyen et une réduction de 13 % de l'absentéisme. Les établissements de santé dans les villages de traitement ont également montré une diminution de 33 % de la mortalité des moins de 5 ans ; une augmentation de 58 % du recours à des accoucheuses qualifiées ; et une augmentation de 19 % du nombre de patientes demandant des soins prénataux. Les améliorations ont été maintenues quatre ans après le début du projet.

4.4 LA VISION : DES SYSTÈMES DE SANTÉ ENGAGÉS POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

La future mère souffrant d'hypertension artérielle ou l'homme âgé souffrant de diabète, d'arthrite et de perte auditive ont tous deux besoin d'une gamme de services pour être fournis efficacement - non seulement au sein du système de santé formel, mais dans la communauté dans laquelle ils retourneront vivre et le travail. Le jeune homme atteint de schizophrénie a besoin de soins soigneusement coordonnés pour gérer ses problèmes de santé mentale , mais aussi pour faire face à l'éventail de problèmes de santé physique chroniques qui réduisent l'espérance de vie jusqu'à 25 ans chez les personnes atteintes de maladie mentale grave.

Les soins de santé complexes nécessitent des systèmes capables de fournir un parcours de soins complet (promotion de la santé, prévention des maladies, diagnostic, traitement, gestion des maladies, services de réadaptation et de soins palliatifs) de manière cohérente, efficace, sûre et appréciée par les patients et leurs familles.

Une gouvernance efficace des systèmes de santé comprend plusieurs tâches, notamment le maintien d'une surveillance stratégique des objectifs et des priorités ; générer les informations et l'analyse nécessaires pour suivre si les objectifs sont atteints ; concevoir des règles, des politiques et des processus pour orienter le système dans la direction souhaitée ; et créer et entretenir des collaborations au sein et au-delà du système de santé.

L'inscription du droit aux soins de santé, selon les besoins, dans la législation nationale est une étape importante pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. L'expérience montre que les engagements de jure ne se traduisent souvent pas, de facto, par un accès à des soins de qualité.

La mise en place d'une agence nationale chargée du suivi et de l'amélioration de la qualité est également une étape importante. Idéalement, il devrait être indépendant des assureurs et des prestataires de soins de santé, avec les pouvoirs réglementaires nécessaires pour collecter, analyser et publier des données sur la qualité et les résultats. Son rôle peut également englober le partage des enseignements tirés des performances élevées et le soutien des services peu performants pour combler les écarts de performance.

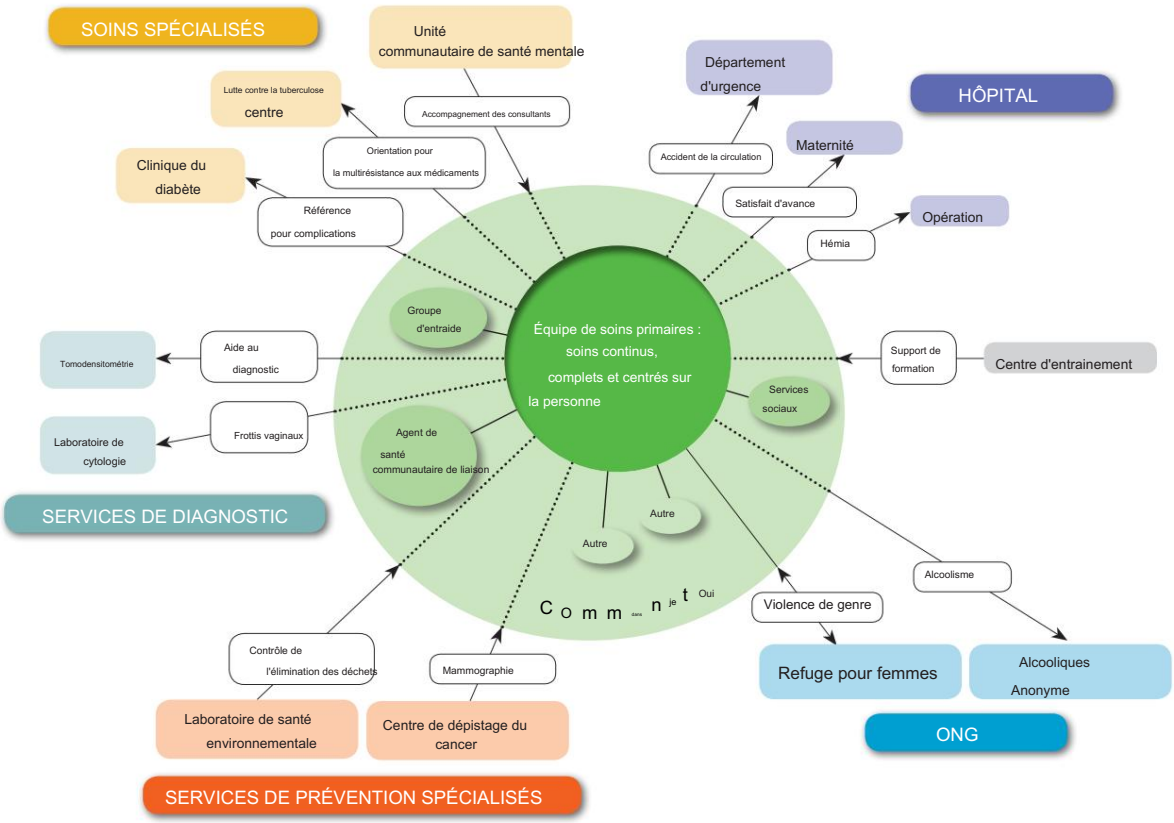
Machine Translated by Google

Les soins centrés sur la personne signifient que les systèmes de santé doivent garantir :

- continuité de la prévention de la maladie à la palliation, entre les services (par exemple les soins intensifs et la radiologie) et entre les niveaux de soins (du primaire au spécialiste), tout au long de la vie ;
- la coordination entre les différents milieux de soins, de manière à répondre aux besoins particuliers les besoins des individus et de leurs soignants ;
- l'exhaustivité qui élargit le portefeuille de soins – de la promotion de la santé aux soins palliatifs – que les individus et les communautés peuvent utiliser.

Lorsque les systèmes de santé ont du mal à fournir des soins centrés sur la personne, c'est souvent parce que les services mettent encore trop l'accent sur le traitement des maladies individuelles, plutôt que sur la prévention de la maladie ou la promotion d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être. Le système privilégie les soins spécialisés pour son investissement et la concentration des ressources. Les soins primaires peuvent être conçus de manière à servir de médiateur entre les besoins d'une communauté et l'éventail des prestations d'un système de santé. Il peut alors remplir le rôle de coordination renforcée que requièrent les soins centrés sur la personne (figure 4.3). Un moyen important de maintenir les soins centrés sur la personne sur la bonne voie et d'assurer le bon équilibre entre les services de soins primaires et secondaires consiste à publier des rapports réguliers analysant les performances du système de santé dans son ensemble.

Figure 4.3 Les soins primaires comme centre de coordination Réseautage
au sein de la communauté desservie et avec des partenaires extérieurs



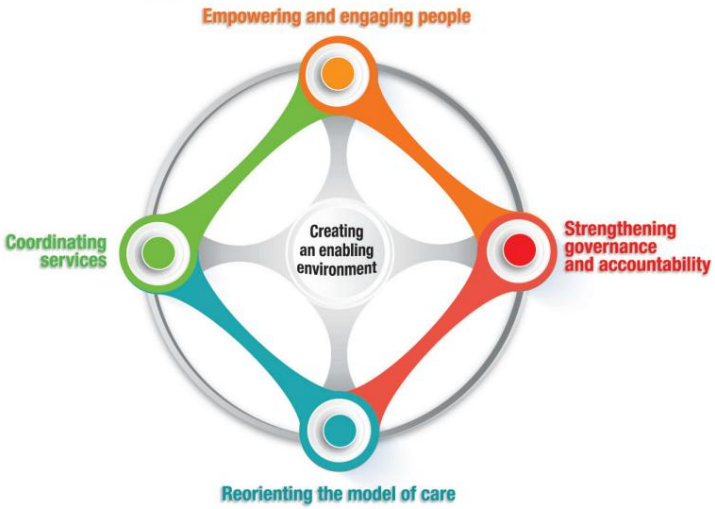
Source : Organisation mondiale de la santé (102).

Machine Translated by Google

Les soins centrés sur la personne sont un point d'entrée essentiel pour améliorer la qualité. Il implique les patients dans les décisions concernant leurs soins et leur demande leur avis sur les résultats de leurs soins ; il remet en question les variations dans les résultats des patients entre différents prestataires ; cela entraîne un plus grand investissement dans les dossiers électroniques qui fonctionnent dans plusieurs contextes ; il assure la transparence et l'apprentissage lorsque les choses tournent mal ; et il favorise une myriade d'autres actions pour améliorer la qualité des soins de santé. Comme l'a dit l'expert mondial de la qualité des soins de santé Donald Berwick : « L'orientation vers la personne n'est pas seulement l'une des dimensions de la qualité des soins de santé, c'est la porte d'entrée vers toutes les qualités » (16).

Le cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés et centrés sur la personne, adopté avec un soutien écrasant par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2016, présente une vision convaincante dans laquelle « tout le monde a un accès égal à des services de santé de qualité qui sont coproduits d'une manière qui réponde à leurs besoins tout au long de la vie ». Elle appelle à la coordination des services tout au long du continuum de soins et à un environnement favorable qui aide les soignants à pratiquer avec les compétences et les ressources dont ils ont besoin. Ce cadre propose cinq domaines stratégiques interdépendants (figure 4.4) sur la façon dont les services et les systèmes de santé peuvent être réorientés pour réaliser cette vision (103).

Figure 4.4 Cinq stratégies pour des services centrés sur la personne



4.5 CONCLUSION

La qualité peut être intégrée aux fondements des systèmes de soins de santé, quel que soit le chemin parcouru par un système de santé pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Une approche axée sur la qualité des agents de santé, des établissements de soins de santé, des médicaments, des appareils et autres technologies, des systèmes d'information et du financement est essentielle à tous les stades de développement. La construction des fondations de systèmes de santé de qualité doit être au premier plan de la réflexion, de la planification et de l'élaboration des politiques. Mais il est urgent d'agir davantage pour créer des systèmes de santé de qualité. Les systèmes de santé doivent échanger une hiérarchie descendante pour les voies et les réseaux basés sur la coopération et la collaboration, avec les soins primaires comme fondement et les personnes au centre. Cette transformation des relations doit s'accompagner de nouveaux mécanismes pour obliger les gouvernements et les dirigeants du système de santé à rendre des comptes et renforcer la confiance des citoyens. L'encadré 4.7 décrit les principales mesures qui peuvent être prises pour s'assurer que la qualité est intégrée aux fondements des systèmes de soins de santé.

Le chapitre suivant fournit plus de détails sur les types d'interventions qui peuvent être rassemblées et mises en œuvre aux niveaux macro, méso et micro pour améliorer la qualité des soins.

Machine Translated by Google

Encadré 4.7 Actions clés : intégrer la qualité dans les fondements des systèmes de santé

Pour s'assurer que la qualité est intégrée aux fondements des systèmes pour parvenir à une couverture universelle des soins de santé, les gouvernements, les décideurs politiques, les dirigeants du système de santé, les patients et les cliniciens doivent travailler ensemble pour :

1. Garantir un personnel de santé de haute qualité en :
   - élaborer une stratégie nationale pour combler les lacunes en nombre, en répartition et en rétention des professionnels de la santé, tant à court terme qu'à long terme;
   - moderniser les programmes de formation des agents de santé et intégrer les principes de qualité et les méthodes d'amélioration de la qualité dans les programmes de formation ;
   - encourager les programmes de développement professionnel continu et évaluer leur impact.

2. Garantir l'excellence dans tous les établissements de soins de santé, en : • assurant la préparation et la disponibilité des services en tant que condition nécessaire mais non suffisante condition de qualité des soins ;
   - encourager les évaluations continues et formatives de la qualité des installations de soins;
   - collecter et analyser des données plus riches sur les variations de la qualité et des résultats entre les établissements, transformer les informations en action pour diffuser les meilleures pratiques et soutenir les moins performants.

3. Garantir une utilisation sûre et efficace des médicaments, dispositifs et autres technologies en : • élaborant des politiques nationales sur les médicaments et dispositifs axées sur une qualité garantie, un approvisionnement adéquat et des prix abordables, appuyées par une évaluation normalisée des technologies de la santé ; • élaborer des lignes directrices, des listes de contrôle et des systèmes de surveillance pour soutenir l'utilisation correcte de la technologie médicale et surveiller les erreurs, les accidents et les réactions indésirables ;
   - adopter le don de sang volontaire et non rémunéré et mettre en place une évaluation externe de la qualité des processus de collecte, de préparation et d'administration des produits sanguins.

4. Garantir une utilisation efficace des systèmes d'information sanitaire en :
   - mettre en place des systèmes fiables d'enregistrement des naissances et des décès et, à partir de là, développer un système national d'identificateurs uniques de patients pour soutenir un suivi de qualité tout au long des parcours de soins ; • passer des dossiers papier à un dossier de santé électronique unique qui peut être utilisé dans plusieurs contextes de soins de santé; • élaborer une législation nationale qui protège la vie privée des individus tout en permettant l'utilisation des données personnelles de santé à des fins de recherche et d'amélioration de la qualité ;

...

Machine Translated by Google

- soutenir les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs dans la collecte et l'analyse des données sur les services pour l'amélioration de la qualité, et communiquer efficacement avec le public sur la façon dont ces données sont utilisées ;
- encourager la transparence lorsque les choses tournent mal, en créant une culture d'apprentissage qui met l'accent sur la compréhension des causes profondes plutôt que sur l'attribution d'un blâme individuel ;
- au niveau mondial, convenir de normes pour améliorer la qualité des données et la comparabilité, notamment une terminologie normalisée pour classer, analyser et prévenir les événements indésirables ;
- inclure la mesure des résultats et des expériences des patients comme élément standard dans l'évaluation de la qualité des établissements.

5. Développer des mécanismes de financement qui soutiennent l'amélioration continue de la qualité, en :
   - réduisant la dépendance au financement direct et en passant au prépaiement et des fonds communs pour la majorité du financement du système de santé par le biais de régimes d'assurance obligatoires, avec des subventions pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer leur cotisation ;
   - lier le financement des prestataires de soins de santé aux besoins locaux en matière de soins de santé, encourager la coordination des soins pour les personnes ayant des besoins complexes et investir de manière adéquate dans les soins primaires ;
   - exploiter pleinement le potentiel des systèmes de paiement pour offrir des avantages collatéraux durables tels que des protocoles de soins améliorés, une meilleure collaboration entre les prestataires et des systèmes d'information améliorés sur les besoins, les activités, les coûts et les résultats des soins de santé.

Machine Translated by Google

Chapitre5 Comprendre les leviers améliorer la qualité

Machine Translated by Google

5.1 PRÉSENTATION

La qualité est un concept complexe et multiforme. Sa poursuite nécessite la conception et le déploiement simultané de combinaisons d'interventions discrètes. Il est essentiel de comprendre cette interdépendance pour concevoir les futurs systèmes de santé. Par exemple, l'établissement de normes de soins fait partie de l'amélioration de la qualité, mais, pour que les normes soient mises en œuvre de manière fiable, des actions supplémentaires sont nécessaires, telles que la formation et la supervision, la surveillance de la conformité et la rétroaction aux prestataires de soins de santé. Le processus de normalisation seul, sans ces autres actions de soutien et interdépendantes, a une valeur limitée (104, 105).

Ce chapitre décrit une série de leviers permettant d'améliorer la qualité des services de santé et examine la justification de l'élaboration de politiques et de stratégies nationales liées à la qualité.
Les objectifs communs concernant la qualité par le biais d'un large éventail d'interventions, à tous les niveaux du système de soins de santé - de la politique et de la réglementation au niveau national à la prestation directe de soins individuels aux patients - sont examinés. L'interdépendance de ces divers leviers de changement et l'évitement d'une approche à voie unique sont expliqués. Les leviers doivent également être personnalisés au sein des pays, car les décisions liées à la santé peuvent être prises aux niveaux infranational et communautaire, et doivent également être sensibles aux facteurs contextuels uniques.

5.2 PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION PAR LA POLITIQUE ET LA STRATÉGIE NATIONALES DE QUALITÉ

Le développement, l'affinement et l'exécution d'une politique et d'une stratégie nationales de qualité sont une priorité croissante alors que les pays s'efforcent d'améliorer systématiquement la performance du système de santé. Une politique et une stratégie nationales de qualité soigneusement conçues - appliquant une approche fondée sur la mise en œuvre - seront probablement l'une des considérations essentielles des pays alors qu'ils s'efforcent d'améliorer l'accès aux services de santé qui produisent les meilleurs résultats réalisables.

Mais pourquoi les pays se concentrent-ils sur la promotion de la qualité par le biais d'efforts nationaux ? Chaque pays a sa propre culture, les besoins de sa population et un héritage historique qui façonne son système de soins de santé. Cependant, la plupart des pays partagent un ensemble d'objectifs et une conscience du contexte stratégique des soins de santé. Il existe six domaines principaux de terrain d'entente :

- la conviction que des soins de santé de haute qualité, sûrs et centrés sur la personne sont un bien public qui doit être garanti pour tous les citoyens;
- acceptation qu'un meilleur accès aux soins sans attention à leur qualité ne sera pas mener aux résultats souhaités en matière de santé de la population;
- la reconnaissance que les stratégies visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé doivent être efficaces dans une situation financière de plus en plus contrainte ;
- nécessité d'aligner les performances des prestations de soins de santé publiques et privées sur des marchés de la santé fragmentés et mixtes ;
- prise de conscience que des soins de santé de qualité sont essentiels à la résilience dans le contexte politique de la sécurité sanitaire nationale et mondiale ;
- prise de conscience qu'une bonne gouvernance signifie satisfaire la demande publique d'une plus grande transparence sur les normes de soins, les choix de traitement, les performances et les résultats variables.

Les pays sont confrontés au défi de développer ou d'affiner leurs politiques et stratégies liées à la qualité par le biais d'un consensus national. Ils doivent également reconnaître que la conduite du changement vers une vision future d'une meilleure performance sera presque toujours limitée par les réalités pratiques de comment et où les soins de santé sont actuellement fournis.

Machine Translated by Google

Les politiques nationales sur la qualité des soins de santé sont élaborées par diverses structures gouvernementales. Dans certains pays, cela implique d'habiliter la législation à établir de nouvelles structures administratives et de gouvernance ou à créer de nouvelles formes d'action obligatoire (par exemple, l'enregistrement et l'agrément des médecins) ou à formuler de nouveaux mécanismes réglementaires (par exemple, l'inspection et l'accréditation). Cela peut déclencher le besoin d'un document de politique qualité national explicite. Dans d'autres situations, la mise en œuvre d'une politique ou d'une stratégie nationale de qualité peut simplement faire partie du plan quinquennal de routine du secteur de la santé ou d'un document interne du ministère de la santé. Il n'y a pas de bonne façon de procéder, mais la plupart des approches impliquent un ou plusieurs des processus suivants :

- politique de qualité et stratégie de mise en œuvre dans le cadre du programme formel de santé à long terme plan national sectoriel ;
- un document de politique qualité élaboré en tant que document national autonome, généralement dans le cadre d'un processus multipartite, dirigé ou soutenu par le ministère de la santé ; • une stratégie nationale de mise en œuvre de la qualité – avec un programme d'action détaillé – qui comprend également une section sur les domaines politiques essentiels ;
- habiliter la législation et les statuts réglementaires pour soutenir la politique et la stratégie.

Les encadrés 5.1 et 5.2 présentent des études de cas nationales sur la mise en œuvre de la politique et de la stratégie nationales de qualité dans les secteurs de la santé en Éthiopie et au Soudan.

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

L'Éthiopie est le deuxième pays le plus peuplé d'Afrique, avec une population d' environ 100 millions d'habitants. Depuis 1995, le secteur de la santé du pays a subi une réforme importante grâce à la mise en œuvre d'une stratégie de financement des soins de santé.
Le plan de transformation du secteur de la santé identifie quatre programmes prioritaires de transformation : assurer la prestation de services de santé de qualité de manière équitable ; se concentrer sur la transformation au niveau du district ; le renforcement des systèmes d'information sanitaire ; et créer un personnel de santé compatissant, respectueux et attentionné.

La Stratégie nationale éthiopienne pour la qualité des soins de santé a été lancée en mars 2016. Afin d'opérationnaliser la stratégie, la Direction de la qualité des services de santé a développé un outil d'amélioration de la qualité pour l'audit clinique de certains services de soins de santé hautement prioritaires dans les hôpitaux. Une formation nationale sur la qualité des soins et les méthodes d'audit a été dispensée à des cadres de santé sélectionnés dans tous les hôpitaux.
Le système de données de qualité permet désormais l'intégration d'indicateurs de performance clés avec le système d'information de gestion sanitaire existant (106).

Un certain nombre de priorités sont essentielles à la mise en œuvre de la stratégie, notamment le renforcement du Comité national de pilotage de la qualité présidé par le ministre d'État ; soutenir la formation d'unités de qualité dans les bureaux régionaux de santé et les établissements de santé ; le renforcement des capacités par la formation de cadres et un mentorat dédié ; l'intégration de l'amélioration de la qualité dans le programme de santé préscolaire ; renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation; et créer une demande de qualité au sein de la communauté, en mettant l'accent sur des soins respectueux. Afin d' opérationnaliser la stratégie, la Direction de la qualité des services de santé a développé un outil d'amélioration de la qualité pour l'audit clinique de certains services de soins de santé hautement prioritaires dans les hôpitaux.

Machine Translated by Google

Encadré 5.2 Étude de cas : Soudan
– Politique et stratégie nationales de qualité des soins de santé

Le Soudan a un système de santé décentralisé, le gouvernement fédéral étant responsable de l'élaboration, de la stratégie et de la coordination des politiques nationales de santé ; les gouvernements des États responsables de la planification et de la mise en œuvre au niveau de l'État ; et les entités locales concernées par la prestation de services sur le terrain. Le principal organe administratif est le Conseil national multisectoriel de coordination du secteur de la santé.

La sensibilisation à la qualité des soins parmi le public et les professionnels de la santé est sporadique. Bien qu'il existe des recherches sur la qualité, il n'y a pas de mécanisme adéquat pour la diffusion interorganisationnelle des résultats, de sorte que la prise de décision n'est pas toujours éclairée par des données et des preuves pertinentes. Cependant, des mesures sont prises pour remédier à ces lacunes. Conformément au troisième Plan stratégique national du secteur de la santé, une politique et une stratégie nationales de qualité des soins de santé ont été formulées en 2017, pour être mises en œuvre au cours de la période 2017-2020. La politique porte sur quatre grands domaines prioritaires : le renforcement de la gouvernance et de la responsabilisation, le respect des normes nationales de qualité, la promotion d'une approche centrée sur la personne et la réduction des dommages évitables aux patients. Une attention particulière a été accordée au personnel de santé par le biais de formations accréditées, de parcours de carrière, de normes de dotation en personnel, de ressources humaines pour les systèmes de gestion de la santé et de systèmes d'évaluation et d'audit des performances pour aider à renforcer les capacités. L'établissement d'un partenariat formel avec les patients et la communauté figure parmi les priorités de la politique et de la stratégie nation

Les prochaines étapes comprennent le renforcement des mécanismes de coordination du système national de santé ; la conception d'un plan de rétention des ressources humaines ; renforcement du système d'information sur la gestion sanitaire; institutionnaliser la qualité à tous les niveaux ; améliorer la sécurité des patients et le contrôle des infections au niveau de l'État ; et le renforcement des capacités de gestion et de mise en œuvre à tous les niveaux.

Dans sa forme la plus efficace, une stratégie de qualité agit comme un pont entre la situation actuelle d'un système de santé et le niveau de qualité qu'un pays vise à atteindre. Elle peut accélérer la réalisation des objectifs et des priorités en matière de santé, en utilisant des principes de gestion de la qualité qui intègrent des processus de planification, de contrôle et d'amélioration (107). Bien que la forme et le contenu de la politique et de la stratégie nationales de chaque pays varient, les huit composantes suivantes sont susceptibles de recevoir une considération universelle :

- Objectifs et priorités nationaux en matière de santé. Ceux-ci aideront à orienter les ressources pour répondre aux demandes les plus pressantes de la population. L'agenda qualité leur est alors aligné.

- Définition de la qualité. La définition de la qualité utilisée doit être acceptable dans le contexte local du pays et doit sous-tendre l'approche nationale. L'utilisation de la langue locale et une compréhension partagée sont essentielles.
- Cartographie et engagement des parties prenantes. La qualité est un agrégat des composantes individuelles de l'ensemble du système de santé. L'inclusion des principales parties prenantes dans l'élaboration de la politique et de la stratégie permet d'aborder une gamme complète de facteurs qui favorisent des services de santé de bonne qualité. • Analyse situationnelle : état de la qualité. L'état actuel de la qualité dans tout système de santé englobe les priorités et les problèmes pertinents ; programmes et politiques connexes; capacités et capacités organisationnelles; leadership et gouvernance; et ressources connexes. L'évaluation de l'état actuel de la qualité définit les principales lacunes nécessitant une attention et les domaines des services de soins de santé qui peuvent être renforcés.

Machine Translated by Google

- Méthodes et interventions d'amélioration. Une sélection judicieuse d'interventions interdépendantes mises en œuvre à tous les niveaux du système de soins de santé améliorera les résultats de santé. Cette tâche est compliquée par des ressources limitées, des preuves d'impact, de faisabilité et d'acceptabilité.
- Gouvernance et structure organisationnelle pour la qualité. La gouvernance, le leadership et la capacité technique sont tous des facteurs nécessaires pour améliorer la qualité. Ils doivent être clairement articulés. Dans un nombre croissant de pays, une unité au niveau national, généralement au sein du ministère de la santé, a été créée et coexiste avec d'autres organismes nationaux de qualité.
- Systèmes d'information sur la gestion de la santé et systèmes de données. L'amélioration de la qualité repose sur des données de performance claires et précises. Un système d'information pour soutenir les efforts de qualité menés à l'échelle nationale est nécessaire pour la mesure, le retour d'information sur les performances et l'établissement de rapports. • Mesures de qualité. Un ensemble de base d'indicateurs de qualité est d'une importance cruciale pour juger si les activités produisent des soins de meilleure qualité conduisant à des changements significatifs dans les résultats de santé ; pour fournir des commentaires aux fournisseurs et à la direction de l'établissement ; pour promouvoir la transparence vis-à-vis du public ; et pour l'analyse comparative afin d'identifier les meilleures pratiques d'apprentissage.

L'encadré 5.3 présente une étude de cas sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale de la qualité par le biais d'un cadre coordonné de gestion de la qualité au Mexique.

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

Le Mexique, avec environ 120 millions d'habitants, a un système de soins de santé mixte avec des prestataires publics et privés. Malgré des réformes majeures, notamment l' introduction d'un système de couverture médicale gratuite en 2003, les transitions démographiques et épidémiologiques - telles que le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles - continuent d'exercer d'énormes pressions sur le système de santé.

Une stratégie globale d'amélioration de la qualité à l'échelle du système a été lancée au Mexique en janvier 2001. Les principaux objectifs étaient de promouvoir la qualité des soins en tant que valeur fondamentale dans la culture des organisations de soins de santé, tant publiques que privées, et d'améliorer la qualité des services dans l'ensemble du système de santé. système de soins. En 2012, la Stratégie nationale de consolidation de la qualité dans les établissements et services de soins de santé a été établie, pour être mise en œuvre par la Direction générale de la qualité et de l'éducation dans les soins de santé du ministère de la Santé. La stratégie visait à améliorer la qualité dans les domaines suivants : sécurité des patients, innovation et amélioration continue, gestion des risques, accréditation des établissements de santé , réglementation sanitaire et éducation à la santé.

La mise en œuvre de la stratégie est soutenue par un cadre de gestion de la qualité qui fournit la structure administrative pour l'amélioration de la qualité à tous les niveaux.
Le cadre cible cinq valeurs : la santé de la population, un accès efficace, des organisations fiables et sûres, une expérience satisfaisante de la population en matière de soins de santé et des coûts raisonnables. La participation citoyenne est encouragée et un système de suivi avec des indicateurs a été mis en place. Les incitations comprennent un prix national de la qualité et des incitations financières aux réseaux d'unités pour le développement de projets communs spécifiques d'amélioration de la qualité.

Source : Ministère de la Santé (108), Sarabia-González et al. (109), Ruelas et al. (110).

Machine Translated by Google

5.3 INTERVENTIONS DE QUALITÉ

Les interventions de qualité peuvent avoir un impact significatif sur des services de santé spécifiques fournis et sur le système de santé dans son ensemble. La compréhension des types d'interventions couramment déployées et la connaissance des preuves concernant leur utilisation et leur efficacité peuvent permettre des choix plus éclairés sur les interventions à sélectionner dans les pays. La nature des défis en matière de soins de santé dans les différents systèmes de santé à travers le monde est en fait assez similaire, malgré les différents contextes des besoins de santé de la population, du financement et de la capacité de la main-d'œuvre. Alors que les priorités peuvent différer – maladies transmissibles contre maladies non transmissibles, besoins de soins plus tard dans la vie contre traitement des mères et des enfants – les mêmes objectifs de qualité sont poursuivis partout :

- réduire les dommages aux patients
- améliorer l'efficacité clinique des services de santé fournis
- impliquer et autonomiser les patients, les familles et les communautés
- renforcer la capacité systémique pour les activités d'amélioration continue de la qualité
- renforcer la gouvernance et la responsabilité.

Mais qu'en est-il de l'action ? S'entendre sur une liste d'objectifs est plus facile que d'identifier des stratégies pour les atteindre. Dans ce contexte, sept catégories d'actions se distinguent. Ils sont régulièrement pris en compte par les parties prenantes de qualité – prestataires, gestionnaires, décideurs – lorsqu'ils tentent d'améliorer la performance du système de soins de santé. Ils sont examinés dans les sous-sections suivantes.

5.3.1 Changer la pratique clinique en première ligne

L'écart entre ce que l'on sait être des soins efficaces (« savoir ») et ce qui est effectué de façon routinière par les prestataires (« faire ») a été bien documenté dans le monde entier. Combler cet écart « savoir-faire » nécessite des changements multimodaux dans la pratique clinique à tous les niveaux d'un système de santé, de la rencontre individuelle entre le patient et le travailleur de la santé à la refonte de la prestation des soins de santé. Les compétences, les connaissances et les attitudes des travailleurs de la santé sont fondamentales. Les mesures visant à aider les prestataires de soins de santé à obtenir les soins les plus efficaces comprennent des systèmes d'aide à la décision clinique allant des protocoles écrits aux aides assistées par voie électronique. Réduire les risques pour les patients est un objectif clé – On estime que sur 100 patients hospitalisés à un moment donné, 7 dans les pays développés et 10 dans les pays en développement contracteront au moins une infection nosocomiale (111). Loin du patient et du fournisseur individuels, de nouveaux modèles de soins sont élaborés et mis en œuvre pour aborder les multiples dimensions de la qualité. Les modèles définissent les meilleures pratiques actuelles pour la prestation des soins de santé de manière générique et également en relation avec des populations particulières (par exemple, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles mentaux) ou celles présentant des caractéristiques communes (par exemple, les enfants ou les personnes âgées). Les nouveaux modèles de soins sont souvent basés sur la communauté, s'étendant bien au-delà des murs des hôpitaux et intégrant les contributions des organisations de soins primaires, spécialisés et sociaux (104).

5.3.2 Établissement de normes

L'établissement de normes, avec des protocoles fondés sur des données probantes, peut établir une cohérence dans la prestation de soins de haute qualité dans divers systèmes de santé à l'échelle mondiale. Bien que souvent dirigée par des entités gouvernementales, la normalisation est un domaine d'amélioration de la qualité où les organismes professionnels devraient jouer un rôle majeur, soit en travaillant de manière indépendante, soit en partenariat avec les gouvernements. Certaines normes cliniques se concentrent sur une population spécifique

Machine Translated by Google

groupes, d'autres sur les conditions de la maladie ou les protocoles de traitement. Par exemple, des normes cliniques mondiales de soins ont été élaborées pour améliorer les soins maternels et néonatals dans les établissements (112). L'intégration des politiques cliniques et des soins fondés sur des normes est souvent réalisée par le biais de protocoles de soins aux patients et de cheminements cliniques. Alors que les normes cliniques sont souvent une première étape dans les stratégies nationales de qualité, l'élaboration de normes sans une approche holistique de la qualité peut ne pas produire les résultats et les progrès escomptés.

5.3.3 Engager et responsabiliser les patients, les familles et les communautés

Les systèmes de santé doivent aller plus loin que les programmes de littératie en santé pour exploiter pleinement le potentiel de l'approche centrée sur la personne comme point d'entrée vers des soins de meilleure qualité. Il existe des preuves solides, dans tous les contextes nationaux, que les interventions qui cherchent à impliquer et autonomiser les patients, les soignants et les familles peuvent promouvoir de meilleurs soins, y compris des comportements plus sains, une expérience patient améliorée, une utilisation plus efficace des services de santé, des coûts réduits et de meilleurs résultats (100). Par exemple, l'engagement de groupes de femmes au Népal pour identifier les principaux problèmes maternels et néonatals et les stratégies d'amélioration a entraîné une diminution de 30 % des décès de nouveau-nés et une réduction de 80 % de la mortalité maternelle (113). Donner aux patients des informations, des conseils et un soutien peut les aider à gérer leur santé et à élaborer conjointement des plans de traitement et de maintien de la santé. Des mécanismes d'engagement communautaire systématiques et soutenus peuvent également soutenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins. La nécessité de garantir ou de renforcer la confiance dans les communautés est également une priorité. Sans cela, il y aura un obstacle fondamental à la volonté d'accéder aux soins de santé, même lorsque cela est nécessaire.

5.3.4 Information et éducation des agents de santé, des gestionnaires et des décideurs

Pour être efficaces, les systèmes d'information pour l'amélioration de la qualité doivent répondre aux besoins des soignants, des gestionnaires d'établissements, des responsables du système de santé, des décideurs et des régulateurs. Cela nécessite des informations ciblées et des méthodes pédagogiques pour chaque public respectif.

Les agents de santé ont besoin d'informations comparatives sur leurs propres performances, notamment comparées aux meilleures pratiques. Les dirigeants, les gestionnaires, les décideurs, les régulateurs et les bailleurs de fonds ont également besoin d'informations comparatives. Le format et l'orientation varieront en fonction du domaine de qualité examiné, qu'il s'agisse d'un service (par exemple, les soins de maternité), d'une maladie (par exemple, les soins aux personnes atteintes de diabète), d'un groupe au sein de la population (par exemple, les personnes âgées personnes) ou une intervention (par exemple la vaccination contre la rougeole). L'un des engagements nécessaires des dirigeants est de s'assurer qu'un niveau d'investissement adéquat dans les systèmes d'information est maintenu.

Cependant, les progrès en matière d'accessibilité et d'utilité de l'information ne doivent pas nécessairement dépendre de solutions de haute technologie ; par exemple, l'aide à la décision clinique peut prendre la forme d'invites informatiques ou aussi simplement que des formulaires papier avec des cases pour cocher les processus de base liés à la garde efficace des enfants.

5.3.5 Utilisation de programmes et de méthodes d'amélioration continue de la qualité

L'amélioration de la qualité n'est pas un concept statique, mais plutôt une propriété de système dynamique en constante émergence. De nombreuses méthodes différentes sont utilisées pour assurer et améliorer en permanence la qualité des soins de santé, y compris de vastes mécanismes de gouvernance clinique ; examen par les pairs et audit clinique; rétroaction individuelle; encadrement et formation; outils d'aide à la décision clinique basés sur des lignes directrices; et les collaborations d'apprentissage multidisciplinaires.

Un principe de base sous-jacent à l'amélioration continue de la qualité est l'activation des mécanismes d'apprentissage à l'aide de cycles itératifs de changement. En outre, il est essentiel d'éviter le « blâme et la honte » pour éviter le risque de favoriser la peur et la résistance plutôt que

Machine Translated by Google

engagement enthousiaste dans une quête commune d'amélioration de la performance. Il n'existe pas de méthode unique efficace. Les interventions multiples doivent être utilisées en combinaison et avec une compréhension du contexte spécifique. Le rôle de la culture institutionnelle devient une considération critique pour décider de la combinaison spécifique de méthodes d'amélioration de la qualité en fonction de la capacité et des capacités existantes.

5.3.6 Établir des incitations basées sur la performance (financières et non financières)

Les incitations peuvent être financières, telles que le paiement, ou non financières, telles que la reconnaissance et les récompenses. Le financement basé sur la performance est un terme général pour le paiement des prestataires de santé sur la base d'un ensemble de mesures de performance et est de plus en plus utilisé comme levier de qualité. Les modèles incluent les achats basés sur la valeur ; pénalités de réadmission; retenir le paiement pour des erreurs médicales ; et des programmes de performance axés sur le renforcement des soins primaires. Le montant subordonné à la performance est une sous-composante du paiement intégral, basé sur une gamme de modalités de financement. Les preuves restent mitigées quant à la capacité des programmes de rémunération au rendement à modifier par eux-mêmes les résultats en matière de santé. Cependant, les incitations – à la fois financières et des approches non financières de plus en plus reconnues – peuvent jouer un rôle important de motivation et de soutien lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre d'un solide programme d'amélioration de la qualité. Dans le même temps, il faut veiller à éviter les désincitations à la qualité (telles que les systèmes de paiement qui encouragent l'utilisation excessive de médicaments).

5.3.7 Législation et réglementation

Les gouvernements utilisent à la fois la législation et la réglementation pour atteindre les objectifs nationaux de santé. La législation visant à améliorer la qualité des services de santé peut aborder un large éventail de questions, telles que la couverture et les prestations ; création de nouveaux organismes nationaux (ou renforcement des actuels) organismes nationaux ; réforme des paiements ; l'octroi de licences aux installations et aux fournisseurs individuels ; et les rapports publics sur la performance. La réglementation est l'ensemble des facteurs extérieurs à la pratique clinique ou à la gestion des soins de santé qui influencent le comportement dans la prestation ou l'utilisation des services de santé (114). La réglementation cible généralement les activités des prestataires institutionnels et individuels ; organismes d'assurance maladie; fabricants de produits pharmaceutiques et d'appareils ; et les consommateurs ou les patients. Diverses interventions réglementaires échouent souvent à atteindre les objectifs visés, en partie parce que les organismes responsables manquent de capacité d'application. La réglementation de l'activité du secteur privé est de plus en plus importante, compte tenu de la grande proportion des services totaux fournis.

L'encadré 5.4 présente une étude de cas illustrant l'utilisation de la législation et de la réglementation pour soutenir les objectifs de qualité des soins de santé en Ontario, au Canada.

Encadré 5.4 Étude de cas : Ontario, Canada – Loi et stratégie d'excellence des soins pour tous

Avec sa vaste masse terrestre et sa population hétérogène de plus de 13,5 millions d'habitants, y compris les Premières nations, la prestation d'un accès égal à des soins de haute qualité est difficile en Ontario. Comme toutes les provinces canadiennes, l'Ontario a un système de santé à payeur unique; environ les deux tiers des dépenses de santé sont financées par l'État, tandis qu'un tiers est payé directement par les patients ou les régimes d'assurance privés.

Diverses études ont révélé que la relation entre la qualité et le financement est généralement faible en Ontario, et l'un des principaux objectifs des réformes actuelles du système de santé est d'améliorer cette relation. La Loi sur l'excellence des soins pour tous est entrée en vigueur en 2010, la Stratégie d'excellence des soins pour tous constituant le véhicule de mise en œuvre.

...

Machine Translated by Google

La loi rend obligatoires les comités de qualité du conseil d'administration des organisations du secteur de la santé et exige des sondages sur la satisfaction des patients, des familles et des employés. De plus, les organisations de soins de santé doivent élaborer et afficher publiquement une déclaration de valeurs pour les patients et un plan d'amélioration de la qualité. La Loi sur l'excellence des soins pour tous a également créé une agence provinciale élargie de la qualité, Qualité des services de santé Ontario, avec pour mandat d'entreprendre la surveillance du rendement du système de santé et la production de rapports publics, de soutenir l'amélioration de la qualité et de promouvoir la prestation de soins de santé de la meilleure qualité. Au niveau organisationnel, des réglementations régissent l'assurance qualité et la sécurité dans les hôpitaux, les maisons de retraite, les laboratoires et d'autres établissements de soins de santé, et des collèges de réglementation de la santé ont été créés pour garantir que les professionnels de la santé fournissent des services de manière sûre, responsable et éthique.

Alors que 65 % des Ontariens évaluent leur état de santé comme étant excellent ou très bon, cette moyenne masque d'importantes variations géographiques et démographiques; par exemple, le quintile le plus pauvre est deux fois plus susceptible de déclarer avoir plusieurs maladies chroniques que le quintile le plus riche. En réponse, un accent continu sur le leadership, la responsabilisation et l'alignement des incitatifs et des objectifs d'amélioration continueront d'être les pierres angulaires de la stratégie de l'Ontario pour un système de soins de santé de meilleure qualité.

Source : ICES (115), ministère de la Santé et des Soins de longue durée (116).

5.4 EXAMEN ET SÉLECTION DES INTERVENTIONS DE QUALITÉ

Alors que les sept catégories d'action fournissent une large carte du terrain d'amélioration de la performance, il est en outre nécessaire de spécifier les interventions clés de qualité.

Choisir la « bonne » intervention est rarement possible. Aucune intervention unique ne satisfera tous les besoins. Même les interventions qui ne sont pas controversées, telles que les protocoles d' hygiène des mains, sont inefficaces si elles ne sont pas mises en œuvre en tenant compte de la culture organisationnelle et des attitudes et motivations du personnel. Le lien avec les objectifs nationaux – conçus pour résister aux changements politiques – est essentiel à la durabilité à long terme.

Toute ambition d'amélioration de la qualité nécessitera une approche multimodale, utilisant une combinaison d'interventions. Certaines approches, comme l'accréditation des établissements, peuvent ne pas avoir d'impact direct sur les résultats de santé, mais peuvent être importantes pour renforcer la confiance du public et promouvoir une culture de la qualité au sein du système de soins de santé. Les programmes qui se concentrent uniquement sur le comportement des prestataires ne reconnaissent pas que l'environnement plus large des soins de santé est essentiel pour faciliter ou entraver les meilleures pratiques. Par exemple, la prescription appropriée d'antibiotiques dépend souvent d'un médecin dont le comportement peut être influencé par les directives de pratique, la rétroaction sur les performances, l'examen par les pairs, la formation et la supervision, les incitations financières, la disponibilité d'une variété suffisante d'antibiotiques et les attentes des patients. La complexité du changement devient évidente.

Les interventions illustratives du tableau 5.1 ont été identifiées pour les attributs suivants : pertinentes dans une grande variété de pays à l'échelle mondiale ; généralement considérés comme des options ; avoir des preuves pour guider la sélection et l'utilisation ; et réalisable à plusieurs niveaux, des petites cliniques de soins primaires au niveau d'un programme national.

Le contexte dans lequel ces interventions sont appliquées est essentiel pour maintenir la crédibilité des efforts d'amélioration de la qualité. Par exemple, l'élaboration d'une stratégie d'intervention qualité multimodale pour un établissement de santé sans approvisionnement en eau adéquat fournit une vérification immédiate de la réalité pour les enthousiastes de la qualité - les données sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène des établissements de santé à travers le monde fournissent un contexte clair pour l'action sur les structures nécessaires pour qualité.

Machine Translated by Google

La liste présentée n'est pas exhaustive ; d'autres interventions pourraient être incluses. Cet ensemble d'interventions a été sélectionné pour son impact potentiel sur la qualité en réduisant les méfaits, en améliorant la prestation des services de soins de santé de première ligne et en renforçant la capacité à l'échelle du système pour l'amélioration de la qualité. Les interventions illustratives ne sont pas classées par efficacité, mais indiquent certaines des options et possibilités offertes aux dirigeants, gestionnaires, praticiens ou décideurs du système de santé soucieux de faire progresser la qualité des soins. Les interventions sont présentées le plus simplement possible, mettant en évidence les enjeux saillants. Cependant, aucun n'est simple à mettre en œuvre. Les multiples interventions regroupées sous l'environnement du système touchent un certain nombre des sept catégories mentionnées ci-dessus.

Tableau 5.1 Exemples d'interventions de qualité

Catégorie	Interventions
Environnement système	• L'inscription et l'agrément des médecins et autres professionnels de la santé, ainsi que des organismes de santé, sont souvent considérés comme un déterminant clé et le fondement d'un système de santé performant. • L'évaluation et l'accréditation externes sont la reconnaissance publique, par un organisme externe (secteur public, à but non lucratif ou à but lucratif), du niveau de performance d'une organisation à travers un ensemble de normes prédéfinies. • La gouvernance clinique est un concept utilisé pour améliorer la gestion, la responsabilisation et la prestation de soins de santé de qualité. Il intègre l'audit clinique; gestion des risques cliniques; l'implication du patient ou de l'usager du service ; la formation professionnelle et le perfectionnement; recherche et développement sur l'efficacité clinique; utilisation des systèmes d'information; et les comités institutionnels de gouvernance clinique. • Les rapports publics et l'analyse comparative sont une stratégie souvent utilisée pour accroître la transparence et la responsabilisation sur les questions de qualité et de coût dans le système de soins de santé en fournissant aux consommateurs, aux payeurs, aux organismes de soins de santé et aux prestataires des informations comparatives sur la performance. • Le financement et les contrats basés sur la performance sont un terme général pour le paiement des prestataires de santé sur la base d'un ensemble de mesures de performance et sont de plus en plus utilisés comme levier de qualité. Le montant subordonné à la performance est souvent une sous-composante du paiement intégral, qui peut être basé sur une gamme de modalités de financement. • La formation et la supervision du personnel font partie des interventions les plus courantes pour améliorer la qualité des soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. • La réglementation des médicaments visant à garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments, des vaccins et des dispositifs médicaux est fondamentale pour un système de santé fonctionnel. Une réglementation, y compris une surveillance post-commercialisation, est nécessaire pour éliminer les médicaments de qualité inférieure et falsifiés sur la base des normes et standards internationaux.
Réduction des dommages	• L'inspection des établissements pour les normes de sécurité minimales peut être utilisée comme un mécanisme pour s'assurer qu'il existe une capacité et des ressources de base pour maintenir un environnement clinique sûr. • Les protocoles de sécurité, tels que ceux pour l'hygiène des mains, traitent de nombreux risques évitables qui menacent le bien-être des patients et causent des souffrances et des préjudices. • Les listes de contrôle de sécurité, telles que la liste de contrôle de sécurité chirurgicale et la liste de contrôle des soins de traumatologie de l'OMS, peuvent avoir un impact positif sur la réduction des complications cliniques et de la mortalité. • La notification d'événement indésirable documente un événement médical non désiré chez un patient résultant de services de santé spécifiques ou lors de rencontres médicales avec un patient dans un établissement de soins médicaux et doit être liée à un système d'apprentissage.

...

Machine Translated by Google

Catégorie	Interventions
Amélioration des soins cliniques	• Les outils d'aide à la décision clinique fournissent des connaissances et des informations spécifiques au patient (automatisées ou sur papier) aux moments appropriés pour améliorer la prestation des soins de santé de première ligne. • Les normes cliniques, les parcours et les protocoles sont des outils utilisés pour orienter les soins de santé fondés sur des données probantes qui sont mis en œuvre à l'échelle internationale depuis des décennies. Les voies cliniques sont de plus en plus utilisées pour améliorer les soins pour diverses affections à volume élevé. • L'audit et la rétroaction cliniques sont une stratégie visant à améliorer les soins aux patients grâce au suivi du respect de normes et de lignes directrices explicites associées à la fourniture d'une rétroaction exploitable sur la pratique clinique. • Les examens de morbidité et de mortalité fournissent un mécanisme d'apprentissage collaboratif et un processus d'examen transparent permettant aux cliniciens d'examiner leur pratique et d'identifier les domaines d'amélioration, tels que les résultats pour les patients et les événements indésirables, sans crainte de blâme. • Les cycles d'amélioration collaboratifs et basés sur l'équipe sont une méthode formalisée permettant aux hôpitaux ou aux cliniques de travailler ensemble à l'amélioration autour d'un sujet ciblé sur une période de temps déterminée avec des mécanismes d'apprentissage partagés.
Engagement et autonomisation du patient, de la famille et de la communauté	• L'engagement et l'autonomisation communautaires formels font référence à la contribution active et intentionnelle des membres de la communauté à la santé de la population d'une communauté et à la performance du système de prestation de soins de santé, et peuvent fonctionner comme un mécanisme de responsabilisation supplémentaire. • La littératie en santé est la capacité d'obtenir et de comprendre les informations sanitaires de base nécessaires pour prendre des décisions sanitaires appropriées de la part des patients, des familles et des communautés au sens large de manière cohérente, et est intimement liée à la qualité des soins. • La prise de décision partagée est souvent utilisée pour mieux adapter les soins aux besoins et aux préférences des patients, dans le but d'améliorer l'adhésion des patients et de minimiser les soins futurs inutiles. • Le soutien par les pairs et les groupes de patients experts relient les personnes vivant avec des conditions cliniques similaires afin de partager leurs connaissances et leurs expériences. Il crée le soutien émotionnel, social et pratique pour améliorer les soins cliniques. • L'expérience des soins des patients a fait l'objet d'une attention considérable en tant que fondement de la conception d'améliorations des soins cliniques. Les mesures rapportées par les patients sont importantes en elles-mêmes ; les patients qui ont une meilleure expérience sont plus impliqués dans leurs soins, ce qui peut contribuer à de meilleurs résultats. • Les outils d'autogestion des patients sont des technologies et des techniques utilisées par les patients et les familles pour gérer les problèmes de santé en dehors des institutions médicales formelles et sont de plus en plus considérés comme un moyen d'améliorer les soins cliniques.

5.5 CONCLUSION

L'amélioration de la performance du système de santé nécessite des choix et des jugements lors de la promulgation de la politique, de la hiérarchisation des objectifs nationaux de qualité, de l'engagement des principales parties prenantes et de la sélection des interventions liées à la qualité. L'infrastructure, le contexte, la culture et les traditions des soins de santé dans un pays et une localité sont essentiels pour décider des leviers à appliquer.

Une stratégie nationale de qualité réussie est multiforme et utilise de nombreuses interventions de concert (tableau 5.2), de celles qui placent le patient au centre du processus de soins à celles qui aident les agents de santé à établir des normes et à travailler efficacement en équipe.
Les dirigeants, les gestionnaires et les décideurs politiques jouent un rôle essentiel dans le soutien et la création d'environnements dans lesquels l'établissement de normes, les incitations basées sur la performance, la réglementation et d'autres interventions peuvent s'épanouir.

Machine Translated by Google

Tableau 5.2 Interventions liées à la qualité : impliquer les acteurs clés

Acteurs	Les rôles
Gouvernement	• Définition des priorités nationales et des objectifs de qualité • Fourniture d'infrastructures de qualité essentielles, par exemple technologies de l'information, services publics • Amélioration de la réglementation • Rapports de données pour la transparence et la motivation • Inspection et agrément des prestataires de soins de santé
Établissements de santé	• Gouvernance clinique • Établissement de protocoles de soins et de cheminements cliniques • Aide à la décision clinique • Utilisation de protocoles de sécurité • Mécanismes d'apprentissage interinstitutionnels
Prestataires cliniques	• Normes cliniques et parcours des patients • Surveillance du respect des normes de soins • Examen par les pairs et audit clinique • Prise de décision partagée
Patients et public	• Engagement du patient, de la famille et de la communauté • Éducation et autogestion du patient • Participation à la gouvernance • Rétroaction du patient sur l'expérience de soins

L'un des principaux obstacles à l'amélioration des soins de santé est la réticence à reconnaître les problèmes qui existent (117-119). Un autre est la difficulté de sélectionner des interventions efficaces et de les mettre en œuvre avec compétence. L'importance du leadership est en quelque sorte un mantra dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins de santé, mais sans lui, il n'y a aucun moyen d'inspirer la conviction que l'amélioration est possible pour catalyser l'action collective. Un autre facteur clé de succès est la preuve que l'intervention fonctionne. C'est ici que la collecte de données et la rétroaction sont indispensables. Cependant, les équipes locales peuvent manquer d'expérience dans la collecte et l'interprétation des données. Ils peuvent avoir des difficultés avec des systèmes de collecte de données mal conçus pour contrôler la qualité (120). Des mesures excessivement contraignantes peuvent être perçues comme une perte de temps, tandis que des mesures mal choisies peuvent provoquer des jeux de hasard et des incitations perverses. Il est essentiel d'aborder l'aspect suivi dès le départ, ce qui implique d'intégrer les systèmes de mesure dans l'amélioration et de s'assurer qu'ils disposent de ressources adéquates (121, 122).

L'élaboration d'une politique et de stratégies nationales de qualité est une priorité si l'on veut que l'amélioration fasse partie intégrante du fonctionnement du système de soins de santé. Des efforts menés au niveau national sont nécessaires pour développer et mettre en œuvre une approche cohérente de la qualité qui utilise plusieurs leviers pour garantir le changement positif réclamé par les populations du monde entier.

Machine Translated by Google

L'encadré 5.5 décrit les actions clés qui peuvent être entreprises pour s'assurer que les leviers d'amélioration de la qualité sont pleinement utilisés.

Encadré 5.5 Actions clés : comprendre les leviers pour améliorer la qualité

Pour s'assurer que plusieurs leviers sont utilisés pour améliorer la qualité des soins de santé, les gouvernements, les décideurs, les dirigeants du système de santé, les patients et les cliniciens devraient travailler ensemble pour :

1. Élaborer, affiner et mettre en œuvre une politique et une stratégie nationales de qualité en :

   • adopter une définition de la qualité applicable dans le contexte local ; • réaliser une analyse situationnelle de l'état actuel de la qualité ; • impliquer l'éventail des principales parties prenantes dans sa formulation ; • identifier (ou créer) des structures organisationnelles qui peuvent fournir une gouvernance, un leadership et une capacité technique de qualité ;

   • veiller à ce que la qualité soit intégrée dans toutes les fonctions du ministère de la santé.

2. Adopter et promouvoir des objectifs universels de qualité en :

   • fixer des objectifs réalistes et mesurables pour réduire les dommages et améliorer les soins ; • travailler avec des organismes professionnels pour établir des domaines de soins afin d'améliorer l'efficacité clinique ;

   • engager et responsabiliser les patients, les familles et les communautés ; • renforcer la capacité systémique pour les activités continues d'amélioration de la qualité ; • établir et activer des systèmes d'apprentissage pour l'amélioration continue.

3. Concevoir une stratégie de qualité qui comprend un ensemble d'interventions de qualité, en :

   • examiner attentivement les interventions d'amélioration de la qualité fondées sur des preuves en relation avec l'environnement des systèmes, la réduction des dommages, l'amélioration des soins cliniques et l'engagement et l'autonomisation des patients, de la famille et de la communauté.

4. Surveiller et rapporter les résultats de la qualité des soins pour une amélioration continue efforts

Machine Translated by Google

Ma qualité

Dr MR Rajagopal, spécialiste des soins palliatifs
Trivandrum, Inde

Les hôpitaux d'aujourd'hui ne sont pas un endroit pour les mourants. Culturellement et cliniquement, ils sont pour la plupart inadaptés aux soins de fin de vie, selon le Dr MR Rajagopal, le «père» des soins palliatifs en Inde.

L'ancien anesthésiste consultant a passé plus de 20 ans à développer des soins pour les mourants dans le petit État vert et fertile du Kerala, dans le sud-ouest du pays.
Aujourd'hui, avec 3 % de la population indienne, le Kerala dispose des deux tiers des services de soins palliatifs du pays.

Son intérêt s'est développé lorsqu'il travaillait comme anesthésiste au Calicut Medical College dans le nord du Kerala au début des années 1990. Il a reconnu très tôt que la lutte contre la douleur et le soutien aux mourants ne pouvaient être réalisés par le personnel médical seul. Le besoin était trop grand. Cela dépendrait de la mobilisation de l'engagement des bénévoles.

« La douleur n'est que la partie visible de l'iceberg de la souffrance. Ce qui est ignoré, c'est la partie sous la surface - les sentiments de désespoir et de désespoir, les inquiétudes concernant les enfants, l'argent. C'est à cela que servent les soins palliatifs. »

Le mouvement s'est développé et aujourd'hui, il estime qu'il y a 300 groupes de bénévoles dans tout l'État (il n'y a pas de chiffres officiels), fournissant des soins aux patients à domicile, identifiant ceux qui en ont besoin et aidant à diriger les ressources médicales limitées là où ils peuvent faire le plus de bien. Le « modèle Kerala » attire désormais l'attention du monde entier.

Après avoir déménagé à Trivandrum dans le sud, il a fondé en 2006 Pallium India, qui soutient 11 groupes de volontaires et cinq équipes médicales mobiles fournissant des soins palliatifs dans la région, ainsi que des campagnes pour améliorer les soins palliatifs dans toute l'Inde.
Aujourd'hui âgé de 69 ans, il rend toujours visite aux patients à domicile et enseigne à ses jeunes collègues comment les aborder.

« Si je porte une cravate, que je me tiens avec une rigidité musculaire et que je ne parle que de douleur, je ne découvrirai pas grand-chose. Avec une approche différente, plus douce, en plaçant une main sur le bras du patient, il parlera de problèmes plus profonds.

Il met en garde contre l'importance du langage. "Vous pouvez faire du mal avec la mauvaise dose d'un médicament - et également avec un mauvais mot."

Machine Translated by Google

Comme le diagnostic et le traitement sont devenus de plus en plus dépendants de la technologie, quelque chose a été perdu, dit-il. La croissance de l'industrie commerciale des soins de santé, tirée par le profit, a aggravé le sentiment d'aliénation. Le résultat est que la maladie est devenue plus importante que la personne qui en est atteinte. La plupart des médecins croient qu'ils ont le devoir de prolonger la vie, plutôt que de faciliter la mort. La guérison est devenue plus importante que les soins.

« Le patient est devenu un peu un étranger au milieu des machines. Le système de santé semble avoir oublié que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais la présence d'un bien-être physique, mental et social.

Il soutient que chaque hôpital doit intégrer les soins palliatifs à son travail axé sur la maladie. La plupart des gens, s'ils avaient le choix et les soins appropriés, choisiraient de mourir chez eux, entourés de leurs proches. Mais certains se sentent plus en sécurité dans un environnement hospitalier, avec leur médecin familier à portée de main. Cela devrait être un choix personnel, dit-il.

L'accès à des analgésiques est essentiel à ce choix, mais la morphine n'est pas facile à obtenir.
Les chiffres montrent que l'Inde utilise 320 kilogrammes de morphine par an, soit seulement 1 % de la quantité nécessaire pour répondre aux besoins.

Ce n'est pas le coût qui limite l'accès, mais la loi. La morphine est fortement restreinte en Inde depuis 1985 en raison des craintes concernant l'abus de drogues. En conséquence, deux générations de médecins ont grandi sans le connaître, condamnant des millions de patients en phase terminale à une mort inutilement douloureuse.

Ici aussi, le Kerala a ouvert la voie. Depuis 1995, les centres de soins palliatifs du Kerala sont autorisés à administrer de la morphine par voie orale.
L'établissement du Dr Raj est désormais un centre collaborateur de l'OMS pour la formation et la politique d'accès au soulagement de la douleur et accueille un flux de visiteurs internationaux.

« Les soins de santé doivent être un partenariat entre le médecin, le patient et la famille. Les médecins ne doivent pas travailler seuls mais avec des infirmières et des conseillers, des bénévoles de la communauté et des travailleurs sociaux. Mon devoir est de construire une relation avec mes patients et leurs familles et de prendre soin d'eux en tant qu'êtres humains. La vie n'est pas seulement l'existence - il y a plus que cela.

Image page précédente : © LPETTET /iStock

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Chapitre6La qualité appel à l'action

Machine Translated by Google

6.1 DÉVELOPPEMENT DURABLE, QUALITÉ ET VOIE À SUIVRE

Les ODD liés à la santé ne peuvent être atteints en s'appuyant uniquement sur des réalisations spécifiques à une maladie ou sur des réformes financières. Cela nécessite un engagement ferme à créer des services de santé de haute qualité centrés sur la personne. La réalisation d'une couverture sanitaire universelle reposant sur une base solide de soins sûrs et de haute qualité, ainsi que tout ce qui est nécessaire pour la maintenir, est l'impératif auquel sont confrontés les décideurs politiques aujourd'hui.

La plupart des efforts passés d'amélioration de la qualité reposaient sur des méthodologies axées sur les projets. Ils se sont montrés peu prometteurs en matière de mise à l'échelle et de durabilité. Il faut mettre davantage l'accent sur les fondements de services de santé de haute qualité tout au long du continuum de soins. Offrir des services de santé de haute qualité signifie également lier les réformes financières et la réorientation du modèle de prestation aux objectifs de qualité des soins. Enfin, en s'appuyant sur des bases solides, les systèmes de santé offrant des améliorations durables de la qualité doivent utiliser des outils de politique et de stratégie nationales de qualité pour créer un environnement où les champions locaux, régionaux et nationaux peuvent étendre et étendre ce qui fonctionne pour améliorer les services. Dans un tel environnement, les gouvernements et les prestataires feront des choix localement appropriés sur lesquels les interventions d'amélioration de la qualité pourraient avoir le plus grand impact sur l'amélioration de l'environnement du système, sur la réduction des dommages, sur l'amélioration des soins cliniques et sur l'engagement et l'autonomisation des patients, des familles et des communautés.

Faire progresser l'amélioration de la qualité, la couverture sanitaire universelle et les approches centrées sur la personne dans la complexité des systèmes de santé nécessite une réflexion systémique - une compréhension délibérée et globale de la dynamique des systèmes de santé afin de les faire évoluer pour le mieux. En décodant la complexité du système de santé, la pensée systémique aide à favoriser la mise en œuvre et l'évaluation à l'échelle du système des interventions nécessaires pour soutenir la réalisation des objectifs de santé – de manière équitable, durable et efficace.

6.2 APPEL À L'ACTION

Ce document, du point de vue de trois institutions mondiales concernées par la santé - l'OCDE, la Banque mondiale et l'OMS - propose une voie à suivre pour les décideurs politiques de la santé qui cherchent à atteindre l'objectif d'accès à des services de santé de haute qualité et centrés sur la personne pour tous. . Dans ce chapitre, une série d'actions de haut niveau sont demandées à chacune des parties prenantes clés qui doivent travailler ensemble avec un sentiment d'urgence pour permettre la réalisation de la promesse des ODD pour des soins de santé meilleurs et plus sûrs (Encadré 6.1) .

Bien qu'aucun acteur ne soit en mesure d'effectuer tous ces changements, une approche intégrée dans laquelle différents acteurs travaillent ensemble pour réaliser leur part de l'appel à l'action de qualité aura un effet démontrable sur la qualité des services de santé dans le monde.

Machine Translated by Google

Encadré 6.1 Actions de haut niveau par les principales parties prenantes pour la qualité dans les soins de santé

Tous les gouvernements devraient :

- avoir une politique et une stratégie nationales de qualité ;
- faire preuve de responsabilité quant à la prestation d'un service sécuritaire de haute qualité;
- veiller à ce que les réformes motivées par l'objectif de couverture sanitaire universelle intègrent la qualité au fondement de leurs systèmes de soins ;
- veiller à ce que les systèmes de santé disposent d'une infrastructure d'information et une technologie de l'information capable de mesurer et de rendre compte de la qualité des soins ;
- combler l'écart entre les performances réelles et réalisables en matière de qualité ;
- renforcer les partenariats entre les prestataires de santé et les usagers de la santé qui favorisent la qualité des soins ;
- établir et maintenir un effectif de professionnels de la santé ayant la capacité et la capacité de répondre aux demandes et aux besoins de la population en matière de soins de haute qualité ;
- achat, financement et commission selon le principe de la valeur ;
- financer la recherche sur l'amélioration de la qualité.

Tous les systèmes de santé doivent :

- mettre en œuvre des interventions fondées sur des preuves qui démontrent une amélioration ;
- se comparer à des systèmes similaires offrant les meilleures performances ;
- veiller à ce que toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique soient en mesure de minimiser son impact sur la qualité de leur vie ;
- promouvoir les systèmes et les pratiques de culture qui réduiront les dommages aux patients ;
- renforcer la résilience pour permettre la prévention, la détection et la réponse aux menaces à la sécurité sanitaire en portant une attention particulière à la qualité ;
- mettre en place l'infrastructure d'apprentissage ;
- fournir une assistance technique et une gestion des connaissances pour l'amélioration.

Tous les citoyens et patients doivent :

- être habilité à s'engager activement dans les soins pour optimiser leur état de santé ;
- jouer un rôle de premier plan dans la conception de nouveaux modèles de soins pour répondre aux besoins de la communauté locale ;
- être informés qu'ils ont le droit d'avoir accès à des soins conformes aux normes modernes de qualité réalisables ;
- recevoir un soutien, des informations et des compétences pour gérer leur propre les conditions.

Tous les agents de santé doivent :

- participer à la mesure et à l'amélioration de la qualité avec leurs patients ;
- adopter une philosophie de pratique du travail d'équipe;
- considèrent les patients comme des partenaires dans la prestation des soins;
- s'engagent à fournir et à utiliser des données pour démontrer l'efficacité et la sécurité des soins.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Références

1. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M et al. Surveillance mondiale des tendances de la survie au cancer 2000–14 (CONCORD-3) : analyse des dossiers individuels de 37 513 025 patients diagnostiqués avec l'un des 18 cancers issus de 322 registres de population dans 71 pays. Lancette. 2018. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3 [Epub avant impression].

2. Panorama de la santé 2017 : Indicateurs OCDE. Paris : Organisation des Affaires Economiques Coopération et Développement; 2017 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance 2017-en, consulté le 24 février 2018).

3. Lutter contre les dépenses de santé inutiles. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2017 (http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en, consulté le 24 février 2018).

4. Pittet D, Donaldson L. Un soin propre est un soin plus sûr : une priorité mondiale. Lancette. 2005;366:1246–7.

5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesy J, Hicks J, DeCristofaro A et al. La qualité des soins de santé dispensés aux adultes aux États-Unis. Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre. 2003;348(26):2635–45.

6. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW et al. CareTrack : évaluer la pertinence de la prestation des soins de santé en Australie. Journal médical d'Australie. 2012;197(2):100–5. doi:10.5694/ mja12.10510.

7. Panorama de la santé 2015 : Indicateurs OCDE. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2015 (http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/ s22177en.pdf , consulté le 24 février 2018).

8. Aide-mémoire de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens. Genève : Santé mondiale Organisme; 2018 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en, consulté le 24 février 2018).

9. Faire progresser l'usage responsable des médicaments : actionner les leviers du changement. SMI Institut d'informatique des soins de santé ; 2013 (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm? abstract_id=2222541 , consulté le 24 février 2018).

10. Statistiques sanitaires mondiales 2016 : surveiller la santé pour le développement durable Objectifs de développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://who.int/ gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf , consulté le 24 février 2018).

11. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Al. Mortinaissances : taux, facteurs de risque et accélération vers 2030. Lancet. 2016;387(10018)587–603. doi :10.1016/S0140–6736(15)00837–5.

12. Eau, assainissement et santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/ water_sanitation_health/en/ , consulté le 24 février 2018).

13. Suivi de la couverture sanitaire universelle : premier rapport mondial de suivi. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale ; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/ 2015/en/ , consulté le 24 février 2018).

Machine Translated by Google

Références

[Article PMC gratuit] [PubMed] 14. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. L'économie de la sécurité des patients. renforcer une approche fondée sur les valeurs pour réduire les préjudices subis par les patients au niveau national. Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 96. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2017 (http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en, consulté le 24 février 2018).

15. Prendre soin de la qualité de la santé : leçons tirées de 15 examens des soins de santé qualité. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2017 (http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en, consulté le 24 février 2018).

16. Intervenants et modérateurs du Forum politique sur l'avenir de la santé : déclaration de Donald M. Berwick. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (http://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/ speakers.htm, consulté le 24 février 2018).

17. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. Un cadre conceptuel pour la Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. Journal international pour la qualité des soins de santé. 2006 ; Supplément 1 : 5–13.

18. Politiques relatives aux personnels de santé dans les pays de l'OCDE : bons emplois, bonnes compétences, bons endroits. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2016 (http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en, consulté le 24 février 2018).

19. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association entre les cultures organisationnelles et professionnelles et les résultats pour les patients : une revue systématique. BMJ ouvert. 2017;7(11).

20. Voix et action citoyennes : demande civique pour une meilleure santé et une meilleure éducation prestations de service. Vision Mondiale Internationale ; 2012 (https://www.wvi.org/local-advocacy/ publication/citizen-voice-and-action-project-model, consulté le 24 février 2018).

21. Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Costa Rica 2017. Paris : Organisation Coopération économique et développement; 2017.

22. Surveillance des inégalités en santé : une étape essentielle pour parvenir à l'équité en santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.

23. Leslie HH, Ndiaye Y, Kruk ME. Couverture effective des services de soins primaires dans huit pays à forte mortalité. Santé mondiale BMJ. 2017;e000424.

24. Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A. Qualité des fonctions de soins maternels de base dans les établissements de santé de cinq pays africains : une analyse des enquêtes nationales sur les systèmes de santé. Lancet Global Health. 2016;4(11):e845–55.

25. Leslie HH, Fink G, Nsona H, Kruk ME. Qualité des installations obstétricales et mortalité néonatale au Malawi: une étude transversale. Médecine PLoS. 2016;13(10):e1002151.

26. Ng M, Misra A, Diwan V, Agnani M, Levin-Rector A, De Costa A. Une évaluation de l'impact du programme de transferts monétaires JSY sur la réduction de la mortalité maternelle dans le Madhya Pradesh, en Inde. Action mondiale pour la santé. 2014;7(1):24939.

27. Velenyi EV. Dépenses de santé et croissance économique. Dans : Manuel scientifique mondial d'économie mondiale de la santé et de politique publique. 2016 : 1–154.

28. Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A et al. Financer des systèmes de santé transformateurs en vue de la réalisation des objectifs de développement durable en matière de santé : un modèle pour les besoins en ressources projetés dans 67 pays à revenu faible et intermédiaire. Lancet Global Health. 2017;5(9):e875–87.

Machine Translated by Google

29. Abegunde D. Inefficacités dues au faible accès et à l'utilisation irrationnelle des médicaments pour traiter les infections aiguës des voies respiratoires chez les enfants. Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Document d'information n° 52. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_ background/en, consulté le 25 février 2018).

30. Déclaration ministérielle : la prochaine génération de réformes de la santé. Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, 17 janvier 2017. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (http://www.oecd.org/health/ministerial/ ministerial-statement-2017.pdf, consulté le 27 février 2018).

31. Institut de médecine. Medicare : une stratégie d'assurance qualité, volume I. Washington (DC) : National Academies Press ; 1990 (https://doi.org/10.17226/1547, consulté le 25 février 2018).

32. Institut de médecine. Traverser le gouffre de la qualité : un nouveau système de santé pour le 21e siècle. Washington (DC) : Presse des académies nationales ; 2001 (https://doi.org/10.17226/10027, consulté le 25 février 2018).

33. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : qu'est-ce que la qualité des soins et pourquoi c'est important? Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/ aternity_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/ , consulté le 25 février 2018).

34. Données de l'Observatoire mondial de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http:// www.who.int/gho , consulté le 26 février 2018).

35. Données pour mesurer la qualité et les résultats des soins de santé : Soins de santé de l'OCDE Projet d'indicateurs de qualité. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality indicators.htm, consulté le 26 février 2018).

36. Banque de données : indicateurs de prestation de services. Washington (DC) : Banque mondiale (http:// databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=service-delivery-indicators, consulté le 26 février 2018).

37. Enquêtes démographiques et sanitaires. Programme DHS (https://dhsprogram.com/, consulté le 26 février 2018).

38. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Qualité, coût et santé : un modèle intégratif. Soins médicaux. 1982;10:975–92.

39. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. Dans les zones urbaines et rurales de l'Inde, une étude standardisée de patients a montré de faibles niveaux de formation des prestataires et d'énormes écarts de qualité. Affaires de santé. 2012;31(12):2774–84.

40. Martin GH, Pimhidzai O. Indicateurs de prestation de services au Kenya. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2013.

41. Peabody JW, Tozija F, Muñoz JA, Nordyke RJ, Luck J. Utiliser des vignettes pour comparer la qualité de la variation des soins cliniques dans des pays économiquement divergents. Recherche sur les services de santé. 2004;39(6 Pt 2):1951–70.

42. Leonard KL, Melkiory CM, Vialou A. Amener les médecins à faire de leur mieux : les rôles de la capacité et de la motivation dans les soins de santé. Journal des ressources humaines. 2007;42(3):682–700.

43. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van der Vleuten CPM, Hobus P. compétence des médecins généralistes pour prédire leur performance ? Comparaison entre le cadre de l'examen et la pratique réelle. BMJ. 1991;303(6814):1377– 80.

Machine Translated by Google

44. Das J, Hammer J, Leonard K. La qualité des conseils médicaux en pays à revenu : faits et économie. Journal des perspectives économiques. 2008;22(2):93–114.

45. Graversen L, Christensen B, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbaek A. Adhésion des médecins généralistes aux lignes directrices sur la gestion de la dyslipidémie : ADDITION-Danemark. Journal scandinave des soins de santé primaires. 2010;28(1):47–54.

46. Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P. McLeod L, Maxted JM. La sécurité des patients en soins primaires. Edmonton, AB : Institut canadien pour la sécurité des patients et BC Patient Safety and Quality Council; 2010.

47. Dr Levinson. Événements indésirables dans les établissements de soins infirmiers qualifiés : incidence nationale parmi les bénéficiaires de Medicare. Département de la santé et des services sociaux, États-Unis d'Amérique ; 2014.

48. Etchells E, Koo M, Shojania K, Matlow A. L'économie de la sécurité des patients dans soins aigus. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012.

49. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R et al. Sécurité des patients dans les pays en développement : estimation rétrospective de l'ampleur et de la nature des dommages causés aux patients hospitalisés. BMJ. 2012;344:e832.

50. Expérience du patient avec les soins ambulatoires. Dans : Panorama de la santé 2015 : Indicateurs de l'OCDE. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2015.

51. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca R, Bazant ES et al. au nom de la Groupe d'étude sur la qualité des soins maternels et néonatals du Programme intégré de santé maternelle et infantile. Observation directe des soins maternels respectueux dans cinq pays : une étude transversale des établissements de santé en Afrique orientale et australe. BMC Grossesse et accouchement. 2015;15(1):306.

[Article gratuit PMC] [PubMed] 52. Asefa A, Bekele D. Statut des soins respectueux et non abusifs lors d'un accouchement en établissement dans un hôpital et des centres de santé à Addis-Abeba, en Éthiopie. La santé reproductive. 2015;12(1):33.

53. Andaleeb SS. Perceptions de la qualité des services et satisfaction des patients : a étude des hôpitaux dans un pays en voie de développement. Sciences sociales et médecine. 2001;52(9):1359–70.

54. Dansky KH, Miles J. Satisfaction des patients à l'égard des soins de santé ambulatoires services : temps d'attente et temps de remplissage. Journal de gestion des soins de santé. 1997;42(2):165.

55. Bar-dayan Y. Le temps d'attente est un prédicteur majeur de la satisfaction des patients dans une clinique militaire primaire. Médecine militaire. 2002;167(10):842.

56. Calvello EJ, Skog AP, Tenner AG, Wallis LA. Appliquer les leçons de la réduction de la mortalité maternelle à la santé d'urgence mondiale. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2015;93(6):417–23.

57. Banerjea K, Carter AO. Temps d'attente et d'interaction pour les patients dans un service des accidents et des urgences des pays en développement. Revue de médecine d'urgence. 2006;23(4):286–90.

58. Oche MO, Adamu H. Déterminants du temps d'attente des patients en général service ambulatoire d'un établissement de santé tertiaire dans le nord-ouest du Nigéria. Annales de la recherche médicale et des sciences de la santé. 2013;3(4):588–92.

59. Rapport national sur les disparités en matière de soins de santé aux États-Unis. Département américain de la santé et des services sociaux, Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé ; 2015.

Machine Translated by Google

60. Soins hospitaliers pour les crises cardiaques chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Institut canadien d'information sur les soins de santé; 2013 (https://secure.cihi.ca/free_products/HeartAttacksFirstNationsEn-Web.pdf , consulté le 26 février 2018).

61. Sharma J, Leslie HH, Kundu F, Kruk ME. Mauvaise qualité pour les femmes pauvres ? Inégalités dans la qualité des soins prénatals et d'accouchement au Kenya. PLoS ONE. 2017;12(1):e0171236.

62. Das J, Mohpal A. Statut socio-économique et qualité des soins dans l'Inde rurale : nouvelles preuves issues d'enquêtes auprès des prestataires et des ménages. Affaires de santé. 2016;35(10):1764–73.

63. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. Une nouvelle enquête de 2011 auprès de patients ayant des besoins de soins complexes dans 11 pays révèle que les soins sont souvent mal coordonnés. Affaires de santé (Millwood). 2011;30(12):2437–48.

64. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association entre la continuité des soins en médecine générale et les admissions à l'hôpital pour des conditions sensibles aux soins ambulatoires : étude transversale de données recueillies en routine au niveau de la personne. BMJ. 2017;356:j84http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84.

65. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.

66. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Preuve de la surutilisation des services médicaux dans le monde. Lancette. 2017;390(10090):156–68.

67. Systèmes de soins de santé : efficacité et paramètres politiques. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2010 (http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en, consulté le 26 février 2018).

68. Renforcement des services de santé intégrés et centrés sur la personne. Résolution WHA69.24, adopté à l'Assemblée mondiale de la Santé, 28 mai 2016. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.

69. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Main-d'œuvre 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/ , consulté le 26 février 2018).

70. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Agents de santé communautaires dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé : un aperçu de leur histoire, de leur évolution récente et de leur efficacité actuelle. Examen annuel de la santé publique. 2014;35(1):399–421.

71. Gilmore B, McAuliffe E. Efficacité des agents de santé communautaires assurant des interventions préventives pour la santé maternelle et infantile dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique. Santé publique BMC. 2013;13:847.

72. Thapa A, Chaudhary P, Schwarz R. Adopter des normes mondiales pour les soins de santé communautaires sur la voie du Népal vers la couverture sanitaire universelle. The Lancet Global Health Blog, 26 janvier 2018 (http://globalhealth.thelancet.com/2018/01/26/embracing-global-standards-community-health-care-nepals path-towards-universal-health, consulté le 26 février 2018).

73. Andrabi T, Das J, Khwaja AI. Assurer l'éducation : un cadre pragmatique pour améliorer l'éducation dans les pays à faible revenu. Document de travail de recherche sur les politiques n° WPS 7277. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2015 (http://documents.worldbank.org/curated/en/439891468001164200/Delivering-education-a pragmatic-framework-for-improving-education-in-low-income-countries, consulté le 26 février 2018).

Machine Translated by Google

74. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crips N, Evans T et al. Professionnels de santé pour un nouveau siècle : transformer l'éducation pour renforcer les systèmes de santé dans un monde interdépendant. Lancette. 2010;376(9756):1923–58.

75. Lignes directrices sur la transformation et le développement des professionnels de la santé Éducation et formation. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://whoeducationguidelines.org/content/about-guidelines, consulté le 26 février 2018).

76. Accroître l'accès aux agents de santé dans les zones reculées et rurales grâce à une meilleure rétention : recommandations politiques mondiales. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.

77. Cristobal F, Worley P. L'éducation médicale dans les zones rurales pauvres peut-elle être efficaces et durables : le cas de la faculté de médecine de l'Université Ateneo de Zamboanga. Santé rurale et éloignée. 2012;12:1835.

78. Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Préparation au service des établissements de santé au Bangladesh, en Haïti, au Kenya, au Malawi, en Namibie, au Népal, au Rwanda, au Sénégal, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2017;95:738–48.

79. Stimuler l'amélioration des soins de santé primaires. Soins de santé primaires Initiative de performance (https://www.phcperformanceinitiative.org, consulté le 26 février 2018).

80. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. Une revue systématique de l'accréditation des hôpitaux : les défis de la mesure des effets d'intervention complexes. Recherche sur les services de santé BMC. 2015;15:280.

81. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey MP. Contrôle externe de le respect des normes pour de meilleurs résultats en matière de soins de santé. Base de données Cochrane des revues systématiques. 2016;12:CD008992. doi:10.1002/14651858. CD008992.pub3.

82. Résistance aux antimicrobiens : perspectives politiques. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2016 (http://www.oecd.org/health/antimicrobial-resistance.htm , consulté le 27 février 2018).

83. Lewis PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prévalence, incidence et nature des erreurs de prescription chez les patients hospitalisés : une revue systématique. Sécurité des médicaments. 2009;32:379–89.

84. La situation mondiale des médicaments 2011 : usage rationnel des médicaments. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf , consulté le 27 février 2018).

85. Enquête de base de l'OMS sur les dispositifs médicaux. Genève : Santé mondiale Organisme; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/safety/en/, consulté le 27 février 2018).

86. Cruz JR. À la recherche d'un approvisionnement en sang plus sûr. Lancette. 2005;365(9469):1463–64.

87. Gestion des informations sur les patients : tendances et défis dans les États Membres, sur la base des conclusions de la deuxième enquête mondiale sur la cybersanté. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012.

88. Hagen TP, Häkkinen U, Belicza E, Fatore G, Goude F, et au nom du groupe d'étude EuroHOPE. Infarctus aigu du myocarde, utilisation de l'intervention coronarienne percutanée et mortalité : une analyse d'efficacité comparative couvrant sept pays européens. L'économie de la santé. 2015;24:88–101.

Machine Translated by Google

89. European Collaboration for Healthcare Optimization (http://echo-health.eu, consulté le 27 février 2018).

90. Données pour la santé et le développement durable. Collaboration sur les données de santé (https://www.healthdatacollaborative.org, consulté le 27 février 2018).

91. Recommandation du Conseil de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé. Paris: Organisation de coopération et de développement économiques; 2017 (http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health Data-Governance-Booklet.pdf, consulté le 27 février 2018).

92. Étude de cas sur la réduction des écarts d'équité, Ouganda. Droit à l'identité : utiliser les technologies mobiles pour améliorer la prestation et l'accès aux services d'enregistrement des naissances pour tous les enfants. Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe ; 2012.

93. De meilleures façons de payer les soins de santé. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2016 (http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en, consulté le 27 février 2018).

94. Recommandations aux ministres de la santé de l'OCDE du Groupe de réflexion de haut niveau sur l'avenir des statistiques de santé : renforcer la comparaison internationale des performances des systèmes de santé grâce à des indicateurs déclarés par les patients. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2017 (https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf, consulté le 27 février 2018).

95. Approfondissement de la réforme de la santé en Chine : construire des service de livraison. Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé, ministère des Finances de Chine, Commission nationale de la santé et de la planification familiale de Chine, ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale de Chine ; 2016.

96. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K et al. Disparités mondiales de la prévalence et du contrôle de l'hypertension : une analyse systématique d'études basées sur la population de 90 pays. Circulation. 2016;134:441–50.

97. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M et al. Les soins de santé primaires comme fondement du renforcement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Journal de médecine interne générale. 2017;32(5):566–71.

98. Eklund K, Wilhelmson K. Résultats des interventions coordonnées et intégrées ciblant les personnes âgées fragiles : une revue systématique des essais contrôlés randomisés. Soins de santé et sociaux dans la communauté. 2009;17(5):447–58.

99. Leichsenring K. Développer des services intégrés de santé et de protection sociale pour les personnes âgées en Europe. Journal international de soins intégrés. 2004;4:e10.

100. Patients pour la sécurité des patients. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient , consulté le 27 février 2018).

101. Laverack G. Améliorer les résultats de santé grâce à autonomisation : une revue de la littérature. Journal de la santé, de la population et de la nutrition. 2006;24(1):113–20.

102. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008.

103. Cadre de l'OMS pour les services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people centred-care/en/, consulté le 27 février 2018).

Machine Translated by Google

104. Qualité des soins : faire des choix stratégiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006.

105. Leatherman S, Sutherland K. Concevoir des réformes nationales de la qualité : un cadre d'action. Journal international pour la qualité des soins de santé. 2007;19(6):334–40.

106. Stratégie nationale éthiopienne de qualité des soins de santé 2016-2020 : transformer la qualité des soins de santé en Éthiopie. Gouvernement éthiopien : ministère de la Santé.

107. Juran J. Surmonter la résistance au changement organisationnel. Qualité et sécurité des soins de santé. 2006;15:380–82. doi:10.1136/qhsc.2006.020016.

108. Le système INDICAS. Gouvernement du Mexique : ministère de la Santé (http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.phpm consulté le 2 mars 2018).

109. Sarabia-Gonzalez O, Garcia-Saiso S, Cabrero-Castro E, Moreno-Sanchez P, Mayer-Rivera FJ, Delgado-Bernal M. Politique de qualité au Mexique [Politique de qualité au Mexique]. Dans : García-Saisó S, Hernández-Torres F, éditeurs. La qualité des soins de santé au Mexique à travers ses institutions [La qualité des soins de santé au Mexique à travers ses institutions], deuxième édition. Gouvernement du Mexique, ministère de la Santé ; 2015 : 283–304 (en espagnol).

110. Ruelas E, Gómez-Dantés O, Morales W. Mexique. Dans : Braithwaite J, Matsuyama Y, Mannion R, Johnson J. Réforme des soins de santé, qualité et sécurité : perspectives, participants, partenariats et perspectives dans 30 pays. Ashgate ; 2015 :193-202.

111. Infections nosocomiales : fiche d'information. Genève : Santé mondiale Organisme; 2011 (http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf , consulté le 28 février 2018).

112. Normes pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.

[PubMed] 113. Morrison J, Thapa R, Hartley S, Osrin D, Manandhar M, Tumbahangphe K et al. Comprendre comment les groupes de femmes améliorent la santé maternelle et néonatale à Makwanpur, Népal : une étude qualitative. Santé internationale. 2010;2(1):25–35.

114. Brennan TA, Berwick DM. Nouvelles règles : réglementation, marchés et qualité des soins de santé américains. BMJ. 1996;312:1108.

115. Paiements aux médecins de l'Ontario par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sources 1992/93 à 2009/10. Rapport d'enquête de l'ICES, février 2012 (https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Payments-to-Ontario Physicians, consulté le 2 mars 2018).

116. Excellents soins pour tous : législation, réglementation et politique. Gouvernement de Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/ , consulté le 2 mars 2018).

117. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Dix défis pour améliorer la qualité des soins de santé : leçons tirées des évaluations de programme de la Health Foundation et de la littérature pertinente. BMJ. 2012;21:10.

118. Safer Patients Initiative phase un : évaluation de méthode mixte d'une intervention organisationnelle à grande échelle pour améliorer la sécurité des patients dans quatre hôpitaux britanniques. Londres : Health Foundation ; 2011.

119. Ling T, Soper B, Buxton M, Hanney S, Oortwijn W, Scoggins A et al. Comment faire faites-vous participer les cliniciens à l'amélioration de la qualité? Une évaluation de l'initiative Engaging with Quality de la Health Foundation : un programme de travail pour aider les cliniciens à faire progresser la qualité. Londres : Health Foundation ; 2010.

Machine Translated by Google

120. Rapport d'apprentissage, Safer Patients Initiative : leçons tirées de la première programme d'amélioration de la sécurité des patients au Royaume-Uni. Londres : Health Foundation ; 2011.

121. Needham DM, Sinopoli DJ, Dinglas VD, Berenholtz SM, Korupolu R, Watson SR et al. Améliorer le contrôle de la qualité des données dans les projets d'amélioration de la qualité. Journal international pour la qualité des soins de santé. 2009;21(2):145–50.

122. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. Comment les cliniciens peuvent-ils mesurer la sécurité et la qualité des soins actifs ? Lancette. 2004;363(9414):1061–7.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Annexe –Interventions d'amélioration

Cette annexe définit et présente des informations complémentaires et des recherches sur une sélection d'interventions d'amélioration.

1. L'agrément des fournisseurs de soins de santé est un déterminant clé d'un système de santé performant. Cependant, des travaux émergents portant sur les différences de performance entre les praticiens agréés et non agréés suggèrent que l'agrément à lui seul ne suffit pas à garantir des soins de qualité. Par exemple, une étude de la Banque mondiale sur une zone rurale de l'Inde – où il y a 15 fois plus de prestataires non qualifiés que de diplômés en médecine – a révélé que la formation formelle n'est pas un gage de qualité. L'étude a observé des différences mineures entre les médecins formés et non formés dans le respect des listes de contrôle de sécurité et aucune différence dans la probabilité que les prestataires posent le diagnostic ou fournissent le traitement correct (1). Ces résultats suggèrent que les médecins formés officiellement peuvent savoir ce qu'ils doivent faire sur le plan clinique, mais que d'autres interventions sont nécessaires pour garantir le respect de normes de soins de meilleure qualité (2). Le suivi systématique de la qualité et la rétroaction individuelle aux prestataires, ainsi que l'éducation des patients sur la compétence des prestataires, sont d'autres méthodes pour améliorer la qualité des soins (3).

2. L'accréditation est la reconnaissance publique, par un organisme externe, du niveau de performance d'une organisation par rapport à un ensemble de normes prédéfinies (4). L'accréditation peut être accordée par des organismes du secteur public, à but non lucratif et à but lucratif. Historiquement, les mesures utilisées pour évaluer l'agrément étaient structurelles et axées sur les processus, comme la présence d'équipements médicaux adéquats, les ratios de dotation en personnel et le respect des normes programmatiques. Des recherches minimes ont été menées sur la relation entre l'agrément et les résultats cliniques. Dans une étude en Égypte, les scores moyens de satisfaction des patients étaient significativement plus élevés pour les unités de santé non gouvernementales accréditées dans quelques domaines : propreté, zone d'attente, temps d'attente, personnel de l'unité et satisfaction globale (5). Au moins théoriquement, l'accréditation offre certains avantages, tels qu'une confiance accrue du public, un comportement d'autorégulation de la part des établissements de soins de santé et une base pour des incitations et des sanctions pour la gestion des performances. Le maintien d'un programme d'accréditation efficace peut être difficile, pour plusieurs raisons : le besoin de ressources supplémentaires pour remédier aux lacunes structurelles et de performance des installations en vue de l'accréditation, l'adaptation continue pour s'assurer que les normes sont à jour avec les preuves et un financement soutenu pour les ou accréditation internationale (6, 7). Dans de nombreuses circonstances, une période d'assistance technique ciblée sera nécessaire avant la mise en œuvre d'un programme d'accréditation (6).

3. La gouvernance clinique comprend la promotion systématique d'activités telles que l'audit clinique ; gestion des risques cliniques; l'implication du patient ou de l'usager du service ; la formation professionnelle et le perfectionnement; recherche et développement sur l'efficacité clinique; utilisation des systèmes d'information; et comités institutionnels de gouvernance clinique (8). La gouvernance clinique est un concept utilisé pour améliorer la gestion, la responsabilisation et la prestation de soins de qualité. Le National Health Service du Royaume-Uni a été le premier à mettre en œuvre à grande échelle des activités de gouvernance clinique (9). Bien que la littérature des pays à revenu faible ou intermédiaire reste limitée, une étude de cas réalisée en Indonésie a montré que la gouvernance clinique était utilisée pour améliorer la santé maternelle et néonatale dans 22 hôpitaux (10). Les mécanismes les plus acceptables pour piloter la gouvernance clinique sont

Machine Translated by Google

celles qui reconnaissent le leadership professionnel et sont perçues comme pertinentes localement et permettant une réflexion sur la pratique professionnelle personnelle (11).

4. Les rapports publics sont une stratégie utilisée pour accroître la transparence et la responsabilisation sur les questions de qualité et de coût dans le système de soins de santé en fournissant aux consommateurs, aux payeurs, aux organismes de soins de santé et aux prestataires des informations comparatives sur la performance.

Il comprend un large éventail d'approches, telles que des fiches de rendement des hôpitaux, des prix et des coûts comparatifs dans une communauté et une analyse comparative des indicateurs cliniques pour les prestataires. La publication de rapports a été mise en œuvre dans plusieurs pays à revenu élevé, dont le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis, où les preuves montrent qu'elle catalyse l'amélioration. Dans les pays à faibles ressources, moins de publications ont été publiées, mais plusieurs cas illustrent l'impact potentiel. En Afghanistan, le ministère de la santé publique a produit et rendu public un tableau de bord prospectif (12), à partir des données d'une enquête auprès des ménages et d'une enquête hospitalière annuelle, qui a montré une amélioration progressive des scores nationaux entre 2004 et 2008 dans les six domaines, y compris la satisfaction des patients et de la communauté , la capacité de prestation de services, la qualité globale des services et la réduction des frais d'utilisation (13).

5. Le financement basé sur la performance est un terme général désignant la rémunération accordée aux prestataires de soins de santé sur la base de mesures de performance. Souvent, le montant subordonné à la performance est une sous-composante du paiement intégral, qui peut être basé sur des honoraires à l'acte, par capitation ou sur d'autres calculs. Le paiement peut être attribué au niveau individuel ou au niveau du groupe (par exemple, hôpital, service ou équipe de soins). Les preuves montrent un succès mitigé, en fonction de facteurs tels que l'adhésion substantielle des parties prenantes, les capacités institutionnelles et la compétence du système de financement ou du détenteur du fonds (14-17). Une expérience de terrain au Rwanda suggère que le financement basé sur la performance peut être faisable (et préférable au financement basé sur les intrants) en Afrique subsaharienne (15).

L'étude a révélé une amélioration d'un certain nombre d'indicateurs d'accès et de connaissances, par exemple une réduction de 62 % des dépenses personnelles, une augmentation de 144 % des accouchements par des personnes qualifiées et une augmentation de 23 % de la connaissance des risques de transmission du VIH par des objets perforants. , mais n'a trouvé aucun impact sur les résultats cliniques (15). De même, les résultats d'un projet pilote au Nigeria ont révélé une augmentation des visites de soins prénatals et le recours à des accouchements qualifiés (17).

6. La formation et la supervision des agents de santé comptent parmi les interventions les plus courantes pour améliorer la qualité des soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Malgré d'importants investissements de la part des donateurs, les évaluations de l'effet à long terme de ces deux interventions sont rares. Une étude a révélé que la formation et la supervision n'amélioraient pas de manière significative la qualité des soins pour les femmes enceintes ou les enfants malades en Afrique subsaharienne (18). Une autre étude béninoise a révélé que les travailleurs qui avaient reçu une formation sur la gestion intégrée des maladies infantiles et des soutiens aux études fournissaient de meilleurs soins que ceux qui avaient suivi une formation et les soutiens habituels, et que les deux groupes avaient de meilleurs résultats que les travailleurs non formés (19). Dans un projet connexe au Bénin visant à renforcer la supervision des agents de santé, après un certain succès initial, de nombreux obstacles ont été rencontrés à plusieurs niveaux du système de santé qui ont conduit à une rupture de la supervision, notamment une mauvaise coordination, des compétences de gestion inadéquates, des équipes de gestion inefficaces, un manque de motivation, décentralisation, résistance des agents de santé, moins de priorité accordée à la supervision spécifique au programme, charge de travail de supervision, activités de non-supervision, mise en œuvre incomplète des interventions du projet et perte de leadership et de superviseurs efficaces (20). L'étude a conclu que le soutien des dirigeants est crucial et que les donateurs et les politiciens doivent donc faire de la supervision une priorité (20).

7. La réglementation pharmaceutique améliore la qualité des médicaments, produits et disponibles. Alors qu'entre 5 % et 15 % des États Membres de l'OMS signalent des cas de

Machine Translated by Google

médicaments contrefaits, il s'agit probablement d'une sous-estimation considérable. À l'échelle mondiale, la capacité de réglementation des médicaments est limitée ; L'OMS estime que 30 % des pays n'ont pas de réglementation pharmaceutique ou une entité de réglementation qui ne fonctionne pas correctement (21). Une étude en Ouganda a évalué l'efficacité des directives nationales de traitement standard sur la prescription rationnelle des médicaments et a constaté une amélioration significative du traitement des cas généraux, du paludisme et de la diarrhée (22). En raison de la mesure dans laquelle les autorités de réglementation des médicaments nécessitent à la fois des ressources financières et humaines importantes, il peut être difficile de s'assurer que les lignes directrices sont suivies. C'est le cas notamment dans les pays les plus pauvres (21). Il a été avancé que les pays à ressources limitées devraient s'appuyer sur l'évaluation des principales autorités de réglementation pharmaceutique, telles que celles des États-Unis et d'Europe, lors de l'évaluation de certaines catégories de médicaments (23). Cela ne résout pas le problème de l'application, et les directives des pays à revenu élevé peuvent ne pas s'aligner sur les attributs que d'autres pays identifient comme les plus importants. Les stratégies de prescription des meilleures pratiques qui ont fait leurs preuves dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés comprennent les directives de traitement standard, les listes de médicaments essentiels, les comités pharmaceutiques et thérapeutiques, la formation professionnelle et la formation continue ciblée (24).

8. L'inspection des institutions pour les normes de sécurité minimales peut être utilisée comme un mécanisme pour s'assurer qu'il existe une capacité et des ressources de base pour maintenir un environnement clinique sûr. Bien qu'il existe peu de littérature officielle sur l'inspection des institutions pour les normes de sécurité minimales au niveau des hôpitaux ou des centres de santé (25), les facteurs d'inspection connus pour améliorer les pratiques de sécurité comprennent la cohérence entre les normes, l'approbation des normes par le ministère d'un pays et une supervision appropriée pour communiquer les normes et aider les praticiens à les utiliser dans la pratique quotidienne (26). Au minimum, les normes d'inspection peuvent identifier les éléments structurels qui sont fondamentaux pour la qualité : une source d'eau propre, une alimentation électrique et une capacité de secours fiables, une couverture adéquate par des travailleurs de la santé qualifiés, une responsabilité de gestion claire, des dossiers médicaux complets et une responsabilité.

9. Les protocoles de sécurité, tels que ceux pour l'hygiène des mains, traitent de nombreux risques évitables qui menacent le bien-être des patients et causent des souffrances et des préjudices (27). Les infections associées aux soins de santé sont l'événement indésirable le plus fréquent dans la prestation des soins de santé dans le monde (28), les plus courantes étant les infections des plaies chirurgicales, de la circulation sanguine, des voies urinaires et des voies respiratoires inférieures (29). Pourtant, l'hygiène des mains est un problème mondial, avec des taux de conformité inférieurs à 40 % en moyenne (30). Des études sur l'hygiène des mains ont montré un impact sur les taux d'hygiène des mains allant de 10 % à près de 50 % (31, 32). Vingt études hospitalières publiées entre 1977 et 2008 ont montré une association entre l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains et la réduction des infections (33). De plus, les programmes d'hygiène des mains peuvent être rentables : une étude au Viet Nam a calculé que pour chaque infection nosocomiale évitée, l'hôpital économisait 1 000 dollars US (32). Le changement de comportement nécessite des approches à multiples facettes axées sur le changement de système, le soutien administratif, la motivation, la disponibilité de désinfectants pour les mains à base d'alcool et d'eau et de savon sûrs et fiables, la formation et l'éducation intensive des travailleurs de la santé et les rappels sur le lieu de travail (30, 34, 35). L'observance est un problème omniprésent qui dépend de nombreux facteurs structurels, notamment le poste professionnel (médecin, infirmier auxiliaire, technicien en physiothérapie), le service ou le type de soins prodigués, les ratios de personnel et la présence d'équipements de sécurité pertinents tels que des gants (33). De plus, les programmes doivent être sensibles au contexte (par exemple, des désinfectants à base d'alcool doivent être utilisés là où l'eau propre n'est pas disponible de manière fiable) (31, 35).

10. Les listes de contrôle de sécurité, telles que les listes de contrôle de sécurité chirurgicale, peuvent avoir un impact positif sur la réduction des complications cliniques et de la mortalité. Dans une étude réalisée dans huit hôpitaux différents dans un mélange de milieux à revenu élevé et faible, postopératoire

Machine Translated by Google

les taux de complications ont chuté en moyenne de 36 % et les taux de mortalité ont chuté d'un montant similaire suite à une adhésion accrue à six processus de sécurité de base couverts par une liste de contrôle fournie (36). De plus, si au cours de la première année d'établissement d'une liste de contrôle des complications majeures sont évitées, un hôpital réalisera un retour sur son investissement (37).
Cependant, les preuves suggèrent que l'adoption réussie des listes de contrôle nécessite une formation du personnel clinique, des ressources matérielles et une intégration dans des efforts institutionnels et un contexte clinique plus larges (38-40). Ces facteurs se sont révélés particulièrement pertinents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (38). Une mauvaise mise en œuvre de la liste de contrôle dans les milieux à faible revenu peut non seulement ne pas réduire les risques pour la sécurité des patients, mais peut également introduire de nouveaux risques tels que le jeu, le désengagement et d'autres comportements préjudiciables aux soins des patients (38). La mise en œuvre des listes de contrôle chirurgicales est plus susceptible d'être optimisée dans les programmes de sécurité des patients établis et à multiples facettes (38).

11. Le signalement des événements indésirables documente un événement médical indésirable ou indésirable résultant de services de santé spécifiques ou lors d'une rencontre avec un patient (41). Le signalement des événements indésirables est une stratégie de sensibilisation, d'amélioration de la transparence et de responsabilisation concernant les soins à risque. Les événements indésirables dus aux soins médicaux représentent une source majeure de morbidité et de mortalité dans le monde. Une étude portant sur le fardeau mondial des soins médicaux dangereux a estimé qu'il y a 421 millions d'hospitalisations dans le monde chaque année, avec environ 42,7 millions d'événements indésirables se produisant, entraînant la perte de 23 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) par an (42). Environ les deux tiers de tous les événements indésirables sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les soins médicaux dangereux peuvent conduire les patients, en particulier dans les pays à faible revenu, à ne pas utiliser le système de santé formel, faisant ainsi des soins dangereux un obstacle important à l'accès pour de nombreux pauvres dans le monde. La consommation de ressources due à un séjour prolongé et à des soins supplémentaires, ainsi qu'à une perte de salaire et de productivité, est une autre conséquence des soins dangereux.

12. L'aide à la décision clinique (ECD) est la fourniture de connaissances et d'informations spécifiques au patient présentées à des moments appropriés pour améliorer la prestation des soins de santé de première ligne. Le CDS comprend une variété d'outils pour améliorer la prise de décision, tels que des directives cliniques, des ensembles d'ordonnances spécifiques à une condition, des alertes et des rappels informatisés, des modèles de documentation et une aide au diagnostic. Le CDS peut être automatisé (intégré aux dossiers de santé électroniques ou aux appareils mobiles) ou sur papier. Bien que les CDS électroniques présentent de nombreux avantages, ils nécessitent une assistance technique continue et peuvent être confrontés à des problèmes d'infrastructure médiocre, tels qu'un accès limité à Internet ou une alimentation électrique peu fiable (43). Un certain nombre d'études ont examiné la faisabilité de la mise en œuvre du CDS dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais il n'y a jusqu'à présent que peu de preuves de son impact sur la santé (43, 44). Des études notent la nécessité d'équilibrer les invites CDS qui sont en place pour normaliser les soins pour une meilleure qualité avec l'autonomie du médecin pour prendre des décisions en fonction du contexte, de l'expertise clinique et des besoins uniques du patient (43-45).

13. Les normes cliniques, les parcours et les protocoles sont des outils pour orienter les soins de santé fondés sur des données probantes qui ont été mis en œuvre à l'échelle internationale depuis les années 1980 (46). Dans les milieux à revenu élevé, les voies cliniques ont été utilisées pour améliorer les soins pour diverses affections, notamment l'infarctus aigu du myocarde et l'accident vasculaire cérébral. Par exemple, une étude australienne a montré qu'après l'introduction d'un programme de cheminement clinique avec des listes de contrôle et des rappels, 48 % supplémentaires de patients atteints d'infarctus aigu du myocarde ont reçu des bêta-bloquants dans les 24 heures suivant leur admission (47). De même, suite à l'introduction d'un programme de cheminement clinique, 55 % supplémentaires de patients victimes d'un AVC ischémique ont reçu de l'aspirine ou du clopidogrel dans les 24 heures suivant leur admission (47). Une autre étude menée aux États-Unis a intégré des protocoles cliniques de « meilleurs soins » dans le flux de travail du clinicien via la saisie des commandes des prestataires de soins et a montré que l'outil d'aide à la décision augmentait considérablement le nombre de patients recevant de l'aspirine pour un infarctus aigu du myocarde (48).

Machine Translated by Google

Les voies et protocoles cliniques sont également utilisés dans les milieux à revenu faible et intermédiaire, où les directives nationales sont publiées périodiquement et constituent une source de référence importante pour les cliniciens et les responsables de la santé publique, en particulier pour les programmes verticaux axés sur des maladies telles que la tuberculose et le VIH/sida. (49, 50).

14. L'audit clinique et la rétroaction sont une stratégie visant à améliorer les soins aux patients grâce au suivi du respect des normes et des directives explicites associées à la fourniture d'une rétroaction exploitable. Une utilisation courante dans le monde est de favoriser la mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique, où l'audit et la rétroaction sont utilisés pour identifier les variations injustifiées et accroître le respect des lignes directrices. L'audit au niveau individuel et hospitalier est un élément clé de la stratégie catalane de lutte contre le cancer (Espagne) pour promouvoir l'équité (51). Même dans les milieux ruraux aux ressources limitées, par exemple en République-Unie de Tanzanie, l'audit clinique a été associé à une diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles (52). Des recherches menées dans des pays à revenu élevé ont démontré que les établissements les plus performants ont tendance à fournir aux prestataires une rétroaction plus opportune, individualisée et non punitive que les établissements moins performants (53). Bien que la plupart des études ne quantifient pas la mesure dans laquelle l'audit et la rétroaction ont un impact concret sur le respect des normes, elles mettent en évidence la fréquence des erreurs médicales et fournissent un compte rendu descriptif de la qualité des soins dans un contexte donné, aidant le personnel clinique à identifier et à traiter les domaines nécessaires. amélioration.
Les défis notés pour une mise en œuvre réussie comprennent la disponibilité des ressources, l'adhésion des prestataires et le soutien du leadership pour le processus, la cohérence dans la compréhension et la mise en œuvre des directives, l'exactitude des informations dans les dossiers cliniques et l'efficacité des mécanismes de rétroaction continue (51, 54).

15. Les examens de la morbidité et de la mortalité fournissent un mécanisme d'apprentissage collaboratif et un processus d'examen transparent permettant aux cliniciens d'examiner leur pratique et d'identifier les domaines d'amélioration, tels que les résultats pour les patients et les événements indésirables, sans crainte de blâme (55). Les examens de la morbidité et de la mortalité sont utilisés pour rassembler le personnel clinique afin d'examiner, à des fins d'apprentissage, ce qui a contribué aux complications ou au décès d'un patient (55). En tant que tels, ils favorisent la reconnaissance active des fautes ou des erreurs, et sont une occasion d'apprendre ainsi que d'identifier les améliorations de processus nécessaires. Il a été démontré qu'ils améliorent la collaboration et la communication, facilitent l'apprentissage en équipe et entraînent des changements dans la tenue des dossiers et la gouvernance pertinents pour la sécurité des patients (55-57). Historiquement, ils ont été populaires dans les contextes à ressources plus élevées, mais des études émergent qui démontrent un potentiel dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Des travaux descriptifs du Népal suggèrent qu'ils sont réalisables dans des contextes ruraux à faibles ressources (56). La recherche dans des contextes géographiques et économiques souligne l'importance de la participation des cadres supérieurs, de l'engagement du personnel clinique et non clinique, de l'identification claire des objectifs, de la sélection des cas en fonction de leur potentiel d'amélioration et du suivi coordonné des activités d'amélioration comme clé de réussite facteurs (55–57).

16. Les cycles d'amélioration collaboratifs et en équipe sont une méthode formalisée qui rassemble plusieurs équipes d'hôpitaux ou de cliniques pour travailler ensemble sur l'amélioration autour d'un sujet ciblé sur une période de temps définie. Plusieurs des caractéristiques communes des collaborations sont le partage d'idées d'amélioration, les tests itératifs d'actions menant à l'amélioration et l'apprentissage mutuel entre plusieurs organisations de soins de santé. Des études menées dans des milieux à revenu élevé, comme le National Surgical Infection Prevention Collaborative ou le Collaboratif pour réduire les taux d'accouchement par césarienne, ont montré que les collaborations peuvent être très efficaces, réduisant les taux d'infection de 27 % à 1,7 % et les taux de césarienne de 30 % en quelques mois (58-60). Les collaborations ont également été utilisées dans les milieux à faible revenu. Par exemple, l'Alliance hospitalière éthiopienne pour la qualité était une collaboration nationale parrainée par le ministère fédéral de la Santé de l'Éthiopie. Il comprenait 68 hôpitaux, dont 44 ont montré une amélioration de 10% dans une mesure de satisfaction des patients en 10 points du début à la fin de la période d'étude (61).

Machine Translated by Google

L'USAID a financé 54 collaborations dans 14 pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la période 1998–2008. Une méta-analyse de 27 de ces collaborations dans 12 pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que la performance de haut niveau était maintenue pendant une moyenne de 13 mois et que le temps moyen pour atteindre 80 % de performance était de 9,2 mois, tandis que le temps moyen pour atteindre La performance à 90 % était de 14,4 mois (62).

17. L'engagement et l'autonomisation formels de la communauté font référence à la contribution active et intentionnelle des membres de la communauté à la santé de la population d'une communauté et à la performance du système de prestation de soins de santé. La participation communautaire à la santé revêt de nombreuses formes et approches, y compris l'adoption de comportements pour prévenir et traiter les maladies ; participation effective aux activités de lutte contre la maladie ; contribution à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de santé ; et la fourniture de ressources pour la santé. La participation et la contribution aux systèmes de santé peuvent se faire par divers moyens, tels que l'analyse des besoins, l'établissement de priorités de haut niveau ou la participation aux conseils d'administration. De nombreux exemples de cas peuvent être trouvés; par exemple, en Érythrée et au Sénégal, le renforcement de la participation communautaire à la lutte contre le paludisme a entraîné une diminution des cas de paludisme grave (63), et une analyse préliminaire de l'épidémie d'Ebola indique que des efforts de participation communautaire plus formels ont eu un impact significatif sur l'identification et le traçage des cas et une plus grande confiance dans les unités locales de traitement d'Ebola (64). Les processus de réforme du système de santé ont de plus en plus reconnu la contribution essentielle des communautés ; au Kenya, la faisabilité a été testée dans le cadre de la planification annuelle du secteur de la santé au niveau du district où la participation communautaire a influencé la définition des cibles et des priorités. Les défis de la participation communautaire formalisée comprennent le renforcement des capacités pour autonomiser les communautés, la fourniture d'outils et de produits pour soutenir la participation communautaire, ainsi qu'un suivi et une supervision appropriés par des professionnels de la santé.

18. La littératie en santé est la capacité d'obtenir et de comprendre les informations sanitaires de base nécessaires pour prendre des décisions sanitaires appropriées de la part des patients, des familles et des communautés au sens large (65). Une faible littératie en santé est un défi pour la qualité des soins de santé; par exemple, les patients peu alphabétisés ont de la difficulté à suivre les instructions médicales, à interagir avec le système de soins de santé et à lire ou à se conformer aux prescriptions de médicaments (65). De plus, les patients ayant de faibles connaissances spécifiques à la maladie signalent une qualité de vie inférieure et ont de moins bons résultats en matière de santé (65). Des études montrent que les interventions éducatives peuvent avoir un impact à la fois sur l'amélioration des connaissances et sur la recherche de soins cliniques. Par exemple, une intervention au Malawi a conduit à une amélioration significative des connaissances relatives à la littératie en santé mentale (66), et une étude en Inde a trouvé une association positive entre les programmes de littératie en santé et les taux de vaccination des enfants (67). Cependant, les gains en littératie diminuent avec le temps, donc la programmation de suivi est essentielle. La recherche suggère de cibler les influenceurs, tels que les enseignants, pour étendre la portée des programmes et assurer un impact à long terme (66, 67). D'autres considérations comprennent l'intégration des programmes de littératie en santé dans la scolarité obligatoire, ce qui est particulièrement courant dans le cas de l'éducation en matière de santé sexuelle (68).

19. La prise de décision partagée entre les prestataires et les patients est souvent utilisée pour adapter les soins aux besoins et aux préférences du patient, dans le but d'obtenir de meilleurs résultats pour le patient. Il existe des preuves considérables que les patients veulent plus d'informations et une plus grande implication (69), mais peu d'études ont évalué l'impact sur les résultats cliniques, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Une communication inadéquate entre les prestataires peut entraîner des services manqués (70). Cependant, des obstacles à l'activation des patients existent dans de nombreux contextes du secteur de la santé publique, tels que les cliniques, qui sont souvent encombrées et débordées (71). Une étude sur l'observance du traitement antirétroviral et la prise de décision partagée ou « l'activation du patient » a révélé qu'après le diagnostic, les patients préféraient en fait la prise de décision dirigée par le prestataire, mais qu'à mesure qu'ils étaient plus à l'aise avec leur diagnostic de VIH, ils étaient plus ouverts à une décision partagée. -approche de fabrication

Machine Translated by Google

au traitement du VIH (71). Il n'y a aucune preuve que la prise de décision partagée ait un impact négatif sur les soins cliniques, bien qu'il puisse y avoir des limites à ce qui peut être abordé en une seule visite clinique, étant donné des facteurs tels que les concepts locaux de la maladie ou la méfiance historiquement fondée à l'égard de la médecine « occidentale », qui peut motiver les patients à rechercher des médicaments traditionnels (70).

20. Le soutien par les pairs et les groupes de patients experts relient les personnes vivant avec des conditions cliniques similaires afin de partager leurs connaissances et leurs expériences. L'approche complète et améliore d'autres services de soins de santé en créant le soutien émotionnel, social et pratique nécessaire pour gérer les problèmes de santé et rester en aussi bonne santé que possible.
La littérature abondante soutenant l'efficacité du soutien par les pairs et des groupes de patients chez les adultes infectés par le VIH donne un aperçu de ce qui est à la fois faisable et réalisable comme stratégie pour améliorer la qualité des soins. Une revue systématique de l'impact des groupes de soutien sur les personnes vivant avec le VIH a montré que les groupes de soutien étaient associés à une réduction de la mortalité et de la morbidité, à une augmentation de la rétention dans les soins et à une amélioration de la qualité de vie (72). Les visites de groupe se sont révélées prometteuses pour fournir aux patients individuels un réseau de soutien par les pairs afin de maximiser l'observance, d'améliorer la rétention des patients, de fournir une éducation aux patients, de surveiller les effets secondaires et d'obtenir des gains thérapeutiques (73). Dans un groupe de soutien sud-africain, les participants étaient significativement plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable et un nombre de cellules CD4 supérieur à 200 cellules/mL à 12 mois que ceux qui n'avaient pas participé à un groupe de soutien (72). Étant donné les graves problèmes de ressources humaines dans le monde, en particulier la pénurie de prestataires de soins de santé qualifiés, les groupes de soutien peuvent jouer un rôle plus important dans l'amélioration de l'efficacité des modèles de soins (72).

21. Les commentaires des patients et leur expérience des soins en tant que stratégie pour mieux comprendre et améliorer la qualité des services de santé ont considérablement augmenté, principalement dans les pays à revenu élevé. Dans ces contextes, il existe un nombre croissant de preuves que l'expérience autodéclarée est en corrélation avec d'autres mesures plus objectives de la qualité clinique (74). Les mesures rapportées par les patients sont associées à une meilleure expérience des patients, à l'adhésion au traitement, à un plus grand engagement dans leurs soins et à de meilleurs résultats (75, 76). Quelques études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que les patients peuvent juger de manière adéquate certains aspects de leurs soins. Par exemple, une étude menée en République-Unie de Tanzanie a révélé que les patients recherchaient des soins de manière proactive en fonction de leurs besoins cliniques, à en juger par le type et la gravité des symptômes, ainsi que par la valeur perçue des soins précédemment reçus (77). Des preuves basées sur des audits provenant de milieux de soins primaires en Inde ont révélé que les patients ont une bonne idée de ce qu'ils veulent et ont besoin des médecins et sont prêts à payer pour cela (78). Certains critiques craignent que les principaux déterminants de l'expérience du patient ne soient déterminés par des facteurs tels que l'attractivité de l'environnement ou l'amabilité du personnel ; cependant, il a été démontré que les patients sont capables de différencier le confort superficiel d'un engagement plus significatif.

22. Les outils d'autogestion des patients sont des technologies et des techniques utilisées par les patients et leurs familles pour gérer leurs problèmes de santé en dehors des établissements médicaux formels. Ils sont de plus en plus étudiés comme outils d'amélioration de la qualité dans le contexte de l'autonomisation croissante des patients dans le monde. Compte tenu de la prévalence croissante des maladies chroniques dans le monde, l'autogestion du diabète en est un bon exemple. Les patients diabétiques impliqués dans des programmes d'éducation à l'autogestion ont démontré des réductions significatives des taux d'hémoglobine glycosylée ; en Ouganda, les résultats des patients comprenaient des diminutions du pourcentage d'HbA1c et de la pression artérielle diastolique, et au Honduras, des rapports d'auto-soins ont démontré des améliorations chez plus de 50 % des patients en termes de taux de sucre dans le sang, de régime alimentaire et d'observance des médicaments (79). Une analyse économique des interventions pour le diabète a révélé que la formation à l'autogestion du diabète réduit les coûts médicaux dans les pays en développement à court terme (80). Étant donné que les téléphones portables sont largement disponibles, les interventions mHealth pour l'autogestion peuvent être un outil rentable (79).

Machine Translated by Google

Les défis à une mise en œuvre généralisée comprennent l'accès à la fois géographique et financier à ces programmes d'autogestion, des ressources humaines formées aux niveaux central et périphérique et l'accès à l'éducation (81).

23. L'évaluation des technologies de la santé (ETS) est menée pour découvrir comment les technologies de la santé aident à maintenir et à améliorer la santé. L'ETS est utilisée pour éclairer la prise de décision politique et clinique liée à la fois à l'introduction et à la diffusion d'un large éventail de technologies de la santé (82, 83). Évaluer si l'ETS affecte la qualité implique d'examiner les bénéfices à long terme des politiques qui ont été mises en œuvre et qui ont fait leurs preuves. L'ETS a de nombreuses applications différentes, telles que l'élaboration de politiques pour la vaccination des enfants contre la grippe, l'élaboration de régimes de remboursement en Suède (qui ont entraîné une diminution des coûts annuels), l'influence des caractéristiques des ensembles de prestations de santé en Thaïlande ou au Chili (84–86), ou définir le rôle des techniques spécifiques de chirurgie laparoscopique au Kazakhstan (87). La cohésion parmi et entre les parties prenantes est nécessaire pour la mise en œuvre réussie de l'ETS avec la participation des professionnels de la santé, des groupes de défense des patients et de l'industrie, comme la technologie médicale ou les entreprises pharmaceutiques (88). La transparence dans les analyses, les coûts et les résultats (données réelles des patients) est essentielle pour que l'évaluation HTA soit réussie (83). Étant donné qu'un accès opportun et approprié aux produits, procédures et médicaments de soins de santé peut souvent avoir un impact sur les résultats des patients, l'ETS représente un mécanisme important pour améliorer la qualité des soins pour les individus et les populations.

Machine Translated by Google

Références annexes

1. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. Dans l'Inde urbaine et rurale, un Une étude standardisée des patients a montré de faibles niveaux de formation des prestataires et d'énormes écarts de qualité. Affaires de santé (Millwood). 2012;31(12):2774–84.

2. Das J, Hammer J. De l'argent pour rien : la situation désespérée de la pratique médicale à Delhi, en Inde. Document de travail de recherche sur les politiques n° 3669. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2005.

3. Das J, Hammer J. Emplacement, emplacement, emplacement : résidence, richesse et qualité des soins médicaux à Delhi, en Inde. Affaires de santé (Millwood). 2007;26(3):w338–51.

4. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Accréditation hospitalière : enseignements tirés des pays à revenu faible et intermédiaire. Mondialisation et santé. 2014;10(1):65.

5. Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Évaluation du programme d'accréditation en unités de santé d'organisations non gouvernementales en Égypte : résultats à court terme. Journal international pour la qualité des soins de santé. 2009;21(3):183–9.

6. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Mise en place d'un hôpital national programme d'accréditation : l'expérience zambienne. Journal international pour la qualité des soins de santé. 2002;14(Suppl 1):7–16.

7. Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V et al. Synthèse narrative de la littérature sur l'agrément des services de santé. Qualité et sécurité BMJ. 2012 ; 21(12):979–91.

8. Scott I. Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour améliorer la qualité et la sécurité de la santé se soucier? Journal de médecine interne. 2009;39(6):389–400.

9. Scally G, Donaldson LJ. Gouvernance clinique et volonté d'amélioration de la qualité dans le nouveau NHS en Angleterre. BMJ. 1998;317(7150):61–5.

10. Amelia D, Suhowatsky S, Baharuddin M, Tholandi M, Hyre A, Reena S. Étude de cas : la gouvernance clinique comme approche pour améliorer la santé maternelle et néonatale dans 22 hôpitaux en Indonésie. Santé mondiale et population. 2015;16(2):16–23.

11. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T et al. Peut clinique gouvernance apporte-t-elle une amélioration de la qualité dans la médecine générale et les soins primaires australiens ? Une revue systématique des preuves. Journal médical d'Australie. 2010;193(10):602–7.

12. Peters DH, Noor AA, Singh LP, Kakar FK, Hansen PM, Burnham G. Un équilibre tableau de bord des services de santé en Afghanistan. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2007;85(2):146–51.

13. Edward A, Kumar B, Kakar F, Salehi AS, Burnham G, Peters DH. Configuration équilibrée tableaux de bord pour mesurer la performance du système de santé : résultats d'une évaluation de 5 ans en Afghanistan. Médecine PLoS. 2011;8(7):e1001066.

14. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Pourquoi les contrats basés sur la performance ont échoué en Ouganda : une évaluation « en boîte ouverte » d'une intervention complexe du système de santé. Sciences sociales et médecine. 2012;75(2):377–83.

15. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Financement basé sur la performance et modification du système de santé de district : expérience du Rwanda. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2006;84(11):884–9.

16. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Une expérience de financement basée sur la performance a amélioré les soins de santé en République démocratique du Congo. Affaires de santé (Millwood). 2011;30(8):1518–27.

17. Ashir GM, Docteur HV, Afenyadu GY. Financement basé sur la performance et utilisation des services de santé maternelle et infantile dans l'État de Yobe, au nord du Nigéria. Journal mondial des sciences de la santé. 2013;5(3):34–41.

18. Leslie HH, Gage A, Nsona H, Hirschhorn LR, Kruk ME. La formation et la supervision n'ont pas améliorer de manière significative la qualité des soins pour les femmes enceintes ou les enfants malades en Afrique subsaharienne. Affaires de santé (Millwood). 2016;35(9):1716–24.

Machine Translated by Google

19. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Osterholt DM, Rowe SY, Deming S. Une multifacette intervention pour améliorer l'adhésion des agents de santé aux directives de prise en charge intégrée des maladies infantiles au Bénin. Journal américain de santé publique. 2009;99(5):837–46.

20. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Deming MS. Montée et chute de l'encadrement dans un projet de renforcement de l'encadrement de la prise en charge intégrée des maladies infantiles au Bénin. Politique et planification de la santé. 2010;25(2):125–34.

21. Newton PN, Green MD, Fernandez FM. Impact des médicaments de mauvaise qualité dans le monde « en développement ». Tendances en sciences pharmacologiques. 2010;31(3):99–101.

22. Kafuko J. Usage rationnel des médicaments dans les unités de santé rurales de l'Ouganda : effet des directives nationales de traitement standard sur l'usage rationnel des médicaments. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Département des médicaments essentiels et des politiques.

23. Gray A. Accès aux médicaments et réglementation pharmaceutique dans les pays en développement : un guide de ressources pour le DFID. Département du Royaume-Uni pour le développement international, Centre de ressources sur les systèmes de santé ; 2014.

24. Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Dix recommandations pour améliorer l'usage des médicaments dans les pays développés. Politique et planification de la santé. 2001;16(1):13–20.

25. Gershon RRM, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA et al. Le climat de sécurité dans les hôpitaux et sa relation avec les pratiques de travail sécuritaires et les incidents d'exposition sur le lieu de travail. Journal américain de contrôle des infections. 2000;28(3):211–21.

26. Ovretveit J. Formulation d'une stratégie d'amélioration de la qualité de la santé pour un pays en développement. Journal international d'assurance qualité des soins de santé intégrant le leadership dans les services de santé. 2004;17(7):368–76.

27. Un guide pour la mise en œuvre de la stratégie multimodale d'amélioration de l'hygiène des mains de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009.

28. Friedman C, Newsom W, éditeurs. Concepts de base de l'IFIC sur le contrôle des infections, 2e édition. Portadown, Irlande du Nord : Fédération internationale de contrôle des infections ; 2011.

29. Composantes essentielles des programmes de prévention et de contrôle des infections : rapport de la deuxième réunion, Réseau informel sur la prévention et le contrôle des infections dans les soins de santé, Genève, Suisse, 26-27 juin 2008. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009.

30. Raka L. Prévention et contrôle des infections nosocomiales dans les pays à revenu faible et intermédiaire des pays. Journal ouvert des maladies infectieuses. 2010;4(1):125–31.

31. Budd A, Lukas S, Hogan U, Priscille K, Fann K, Hill P et al. Une étude de cas et les enseignements tirés de la production interne de désinfectant pour les mains à base d'alcool dans un hôpital de district au Rwanda. Journal des sciences et de la gestion des services . 2016;9:150–9.

32. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D, Thi Kim Anh L et al. Rapport coût-efficacité d'un programme d'hygiène des mains sur les infections nosocomiales chez les patients en soins intensifs dans un hôpital de soins tertiaires au Vietnam. Journal américain de contrôle des infections. 2015;43(12):e93–9.

33. Allegranzi B, Pittet D. Rôle de l'hygiène des mains dans la prévention des infections nosocomiales. Journal des infections hospitalières. 2009;73(4):305–15.

34. Allegranzi B, Sax H, Bengaly L, Richet H, Minta DK, Chraiti MN et al. Couronné de succès mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de l'hygiène des mains de l'Organisation mondiale de la santé dans un hôpital de référence au Mali, en Afrique. Contrôle des infections et épidémiologie hospitalière. 2010;31(2):133–41.

35. Mathur P. Hygiène des mains : retour aux bases du contrôle des infections. Journal indien de médecine Rechercher. 2011;134(5):611–20.

36. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. Une liste de contrôle de sécurité chirurgicale pour réduire la morbidité et la mortalité dans une population mondiale. Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre. 2009;360(5):491–9.

Machine Translated by Google

37. Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WR et al. L'adoption d'une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale pourrait permettre d'économiser de l'argent et d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux américains. Affaires de santé (Millwood). 2010;29(9):1593–9.

38. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. Une étude qualitative comparant les expériences de la liste de contrôle de sécurité chirurgicale dans les hôpitaux des pays à revenu élevé et à faible revenu. BMJ ouvert. 2013;3(8):e003039.

39. Arriaga AF, Bader AM, Wong JM, Lipsitz SR, Berry WR, Ziewacz JE et al. Essai basé sur la simulation de listes de contrôle de crise chirurgicale. Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre. 2013;368(3):246–53.

40. Dixon-Woods M. Le problème du contexte dans l'amélioration de la qualité. Fondation pour la santé ; 2014.

41. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N et al. "Outil de déclenchement global" montre que les événements indésirables dans les hôpitaux peuvent être dix fois plus importants que précédemment mesurés. Affaires de santé (Millwood). 2011;30(4):581–9.

42. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. Le fardeau mondial des soins médicaux dangereux : modélisation analytique des études observationnelles. Qualité et sécurité BMJ. 2013;22(10):809–15.

43. Ali MK, Shah S, Tandon N. Examen des outils électroniques d'aide à la décision pour les soins du diabète : une option viable pour les pays à revenu faible ou intermédiaire ? Journal de la science et de la technologie du diabète. 2011;5.

44. Raghu A, Praveen D, Peiris D, Tarassenko L, Clifford G. Concevoir un outil de santé mobile pour les milieux pauvres en ressources pour évaluer et gérer le risque de maladie cardiovasculaire : étude SMARThealth. BMC Informatique médicale et prise de décision. 2015;15(1):36.

45. Praveen D, Patel A, Raghu A, Clifford GD, Maulik PK, Mohammad Abdul A et al. SMARTHealth India : développement et évaluation sur le terrain d'un système mobile d'aide à la décision clinique pour les maladies cardiovasculaires en Inde rurale. JMIR mHealth et uHealth. 2014;2(4):e54.

46. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. Qu'est-ce qu'un cheminement clinique ? Élaboration d'une définition pour éclairer le débat. Médecine BMC. 2010;8:31.

47. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Utilisation de listes de contrôle et de rappels dans les parcours cliniques pour améliorer les soins hospitaliers. Journal médical d'Australie. 2004;181(8):428–31.

48. Ozdas A, Speroff T, Waitman LR, Ozbolt J, Butler J, Miller RA. Intégrer le « best of care » protocoles dans le flux de travail des cliniciens via la saisie des ordonnances des prestataires de soins : impact sur les indicateurs de qualité des soins pour l'infarctus aigu du myocarde. Journal de l'Association américaine d'informatique médicale. 2006;13(2):188–96.

49. Jassal MS, Bishai WR. L'épidémiologie et les défis de l'élimination de la tuberculose mondiale. Maladies infectieuses cliniques. 2010;50(Suppl 3):S156–S64.

50. Suharlim C. Mise en œuvre des directives nationales sur la tuberculose : défis, déviations et stratégies. 2014.

51. Manchon-Walsh P, Borras JM, Espinas JA, Aliste L. Variabilité de la qualité de la prise en charge du cancer rectal dans les hôpitaux publics de Catalogne (Espagne) : audit clinique comme base d'action. Journal européen d'oncologie chirurgicale. 2011;37(4):325–33.

52. Nyamtema AS, de Jong AB, Urassa DP, van Roosmalen J. Utilisation de l'audit pour améliorer la qualité des soins de maternité dans les pays à ressources limitées : enseignements tirés de la Tanzanie rurale. BMC Grossesse et accouchement. 2011;11(1):94.

53. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit et rétroaction et respect des lignes directrices de pratique clinique : rendre la rétroaction exploitable. Sciences de la mise en œuvre. 2006;1(1):9.

54. Hysong SJ, Teal CR, Khan MJ, Haidet P. Améliorer la qualité des soins grâce à un audit amélioré et commentaires. Sciences de la mise en œuvre. 2012;7(1):45.

55. Higginson J, Walters R, Fulop N. Réunions sur la mortalité et la morbidité : une ressource inexploitée pour améliorer la gouvernance de la sécurité des patients ? Qualité et sécurité BMJ. 2012;21:7.

Machine Translated by Google

56. Schwarz D, Schwarz R, Gauchan B, Andrews J, Sharma R, Karelas G et al. Mise en œuvre d'une conférence sur la morbidité et la mortalité axée sur les systèmes dans les régions rurales éloignées du Népal pour l'amélioration de la qualité. Qualité et sécurité BMJ. 2011;20(12):1082–8.

57. François P, Prate F, Vidal-Trecan G, Quaranta JF, Labarere J, Sellier E. Caractéristiques des conférences de morbi-mortalité associées à la mise en place d'initiatives d'amélioration de la sécurité des patients : une étude observationnelle. Recherche sur les services de santé BMC. 2016;16(1):35.

58. Boushon B, Provost L, Gagnon J, Carver P. Utilisation d'une série de percées virtuelles collaboratives pour améliorer l'accès aux soins primaires. Journal de la Commission mixte sur la qualité et la sécurité des patients. 2006;32(10):573–84.

59. Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, Johnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Les hôpitaux collaborent pour réduire les infections du site opératoire. Journal américain de chirurgie. 2005;190(1):9–15.

60. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Réduire les taux de césarienne en toute sécurité : leçons d'une collaboration de « séries révolutionnaires ». Naissance. 1998;25(2):117–24.

61. Linnander E, McNatt Z, Sipsma H, Tatek D, Abebe Y, Endeshaw A et al. Utilisation d'une collaboration nationale pour améliorer la qualité des hôpitaux dans un milieu à faible revenu. Santé internationale. 2016;8(2):148–53.

62. Franco LM, Marquez L. Efficacité de l'amélioration collaborative : données probantes 27 candidatures dans 12 pays moins développés et à revenu intermédiaire. Qualité et sécurité BMJ. 2011;20(8):658–65.

63. Participation communautaire à la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006.

64. Fallah M, Dahn B, Nyenswah TG, Massaquoi M, Skrip LA, Yamin D et al. Interrompre la transmission d'Ebola au Libéria grâce à des initiatives communautaires. Annales de médecine interne. 2016;164(5):367–9.

65. Sampson UK, Amuyunzu-Nyamongo M, Mensah GA. Promotion de la santé et prévention des maladies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne. Progrès dans les maladies cardiovasculaires. 2013;56(3):344–55.

66. Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Améliorer les connaissances et les attitudes des enseignants du Malawi en matière de santé mentale : une approche intégrée de la littératie en santé mentale à l'école. Santé mentale mondiale. 2015;2(10).

67. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, Dudeja S, Chandra D, Koné GK et al. Association entre la littératie en santé maternelle et la vaccination des enfants en Inde : une étude transversale. Journal d'épidémiologie et de santé communautaire. 2015 ; 69(9):849–57.

68. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception pour les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire : besoins, obstacles et accès. La santé reproductive. 2014;11(1):1.

69. Coulter A. Partenariats avec les patients : les avantages et les inconvénients de la prise de décision clinique partagée. Journal de la recherche et des politiques sur les services de santé. 1997;2(2):112–21.

70. Merten S, Kenter E, McKenzie O, Musheke M, Ntalasha H, Martin-Hilber A. Le patient a signalé les obstacles et les moteurs de l'adhésion aux antirétroviraux en Afrique subsaharienne : une méta-ethnographie. Médecine Tropicale et Santé Internationale. 2010;15(Suppl 1):16–33.

71. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T et al. Comprendre la rétention soutenue dans les soins et le traitement du VIH/SIDA : une revue synthétique. Rapports actuels sur le VIH/SIDA. 2016;13(3):177–85.

72. Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M. Impact des groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH sur les résultats cliniques : une revue systématique de la littérature. Journal des syndromes d'immunodéficience acquise. 2015;68(Suppl 3):S368–74.

73. Gupta N, Bukhman G. Tirer parti des enseignements tirés du VIH/SIDA pour la prestation coordonnée de soins chroniques dans les milieux pauvres en ressources. Soins de santé. 2015;3(4):215–220.

Machine Translated by Google

74. Doyle C, Lennox L, Bell D. Une revue systématique des preuves sur les liens entre l'expérience du patient et la sécurité et l'efficacité cliniques. BMJ ouvert. 2013;3:1–18.

75. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Perception des soins hospitaliers par les patients aux États-Unis. Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre. 2008;359(18):1921–31.

76. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ et al. La satisfaction des patients et sa relation avec la qualité clinique et la mortalité des patients hospitalisés dans l'infarctus aigu du myocarde. Circulation : qualité et résultats cardiovasculaires. 2010;3:188–95.

77. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Satisfaction de la communauté à l'égard des services de soins de santé primaires : une évaluation entreprise dans la région de Morogoro en Tanzanie. Sciences sociales et médecine. 1994;39(6):767–80.

78. Das J, Holla A, Mohpal A, Muralidharan K. Qualité et responsabilité dans les soins de santé livraison : données probantes d'une étude d'audit sur les soins primaires en Inde. Revue économique américaine. 2013;106(12):3765–99.

79. Esterson YB, Carey M, Piette JD, Thomas N, Hawkins M. Une revue systématique des modèles innovants de soins du diabète dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Journal des soins de santé pour les pauvres et les mal desservis. 2014;25(1):72–93.

80. Klonoff DC, Schwartz DM. Une analyse économique des interventions pour le diabète. Diabète Se soucier. 2000;23(3):390–404.

81. Debussche X, Balcou-Debussche M, Besançon S, Traoré SA. Les défis de l'autogestion du diabète dans les pays en développement. La voix du diabète. 2009;54.

82. Oortwijn W, van der Wilt GJ. Les défis de l'évaluation des technologies de la santé contemporaines : une vue de l'extérieur. Journal international d'évaluation de la technologie dans les soins de santé. 2016;32(1–2):1–2.

83. Kennedy-Martin T, Mitchell BD, Boye KS, Chen W, Curtis BH, Flynn JA et al. La santé environnement d'évaluation technologique en Chine continentale, au Japon, en Corée du Sud et à Taïwan : implications pour l'évaluation des thérapies du diabète sucré. Valeur dans les enjeux régionaux de santé. 2014;3:108–16.

84. Pettersson B, Hoffmann M, Wandell P, Levin LA. Utilisation et coûts des thérapies modifiant les lipides suite à l'évaluation des technologies de la santé pour le nouveau régime de remboursement en Suède. Politique de santé. 2012;104(1):84–91.

[Article PMC gratuit] [PubMed] 85. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P et al. Utilisation de l'évaluation des technologies de la santé pour éclairer les décisions de couverture en Thaïlande. Journal de recherche sur l'efficacité comparative. 2012;1(2):137–46.

86. Mise en œuvre de la réforme de l'accès universel avec garantie explicite (AUGE) : cas du Chili étude. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.

87. Kosherbayeva L, Hailey D, Kurakbaev K, Tsoy A, Zhuzzhanov O, Donbay A et al. Mise en œuvre des travaux d'évaluation des technologies de la santé dans un hôpital au Kazakhstan. Journal international d'évaluation de la technologie dans les soins de santé. 2016;32(1–2):78–80.

88. O'Donnell JC, Pham SV, Pashos CL, Miller DW, Smith MD. Évaluation des technologies de la santé : enseignements tirés du monde entier – un aperçu. Valeur en santé. 2009;12:S1–S5.

Machine Translated by Google

Organisation mondiale de la santé

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Veuillez nous rendre

visite sur : www.who.int/servicedeliverysafety

La Banque mondiale

1818, rue H N.-O.

Washington, DC 20433
les États-Unis d'Amérique

Veuillez nous rendre

visite à : www.worldbank.org/health

Organisation pour l'économie
Coopération et développement
(OCDE)

2, rue André Pascal
75775Paris
France

Veuillez nous rendre

visite sur : www.oecd.org/sante

ISBN 9789241513906