

Distr.
GENERAL
CES/AC.36/1998/16
EUR/ICP/INFO 020603/16

21 septembre 1998

FRANCAIS
Original: ANGLAIS/FRANCAIS/RUSSE

COMMISSION DE STATISTIQUE et
COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'EUROPE

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

CONFERENCE DES STATISTICIENS EUROPEENS

Réunion conjointe CEE-OMS sur les
statistiques de la santé
(Rome, Italie, 14-16 octobre 1998)

SESSION III: Mise au point et utilisation d'indicateurs de résultat
dans le domaine de la santé

**INDICATEURS DE RÉSULTATS ET QUALITÉ DES SOINS
LA DÉMARCHE DE L'OMS**

Document d'appui présenté par le Bureau Régional de l'Europe de
l'Organisation Mondiale de la Santé¹

Avant-propos

La création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reposa sur des préoccupations d'ordre éthique et moral décrite comme suit en 1946 : *«d'énormes variations de la mortalité et de la morbidité que n'expliquaient ni des facteurs économiques ni des facteurs génétiques et qui représentaient non seulement un danger pour la santé mais aussi une menace pour la paix»*¹. Dès sa création en 1948, l'OMS a voulu favoriser la santé pour tous en prenant des mesures dans différents domaines : la prise en charge des maladies infectieuses et transmissibles, la vaccination, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et l'habitat. En dépit de nombreux succès (tels que l'éradication de la variole et, dans plusieurs régions, de la poliomyélite), la santé de la population mondiale n'a pas progressé de manière uniforme. Afin de répondre aux nombreux besoins sanitaires urgents, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté, en 1977, la stratégie de la Santé pour tous, fondée sur la notion des soins de santé primaires.

¹ Elaboré par Kirsten Staehr Johansen, Qualité des soins et technologies.

En 1980, la stratégie de la Santé pour tous a été adaptée aux spécificités de la Région européenne. En 1984, une série de buts et plus de 200 indicateurs² ont été adoptés par les Etats Membres européens; ils prévoyaient des résultats en matière de santé et une amélioration des services de santé à l'horizon 2000³. Certains de ces buts portaient sur l'évaluation des technologies et la qualité des soins, que l'on considérait de plus en plus comme des aspects importants dans tous les systèmes de santé. En 1988, une étude des indicateurs de la Santé pour tous⁴ a toutefois démontré qu'en dépit de progrès importants dans le domaine de l'évaluation des technologies, la stratégie de la Santé pour tous n'avait guère ou pas d'influence sur la qualité des soins de santé. C'est pourquoi, en 1991, lors de la révision des buts de la Santé pour tous pour la région européenne, le but 31 sur la qualité des soins a été modifié comme suit : *«D'ici l'an 2000, tous les Etats Membres devraient disposer des structures et des processus visant à assurer une amélioration continue de la qualité des soins de santé et l'amélioration des technologies de santé et leur utilisation.»* Le but relatif à l'évaluation des technologies a été remplacé par un but portant sur la santé et l'éthique, qui mettait l'accent sur la nécessité de rendre des comptes aux citoyens.

En 1984, le Bureau régional de l'Europe a créé un programme intitulé *Qualité des soins et technologies* pour aider les Etats membres européens, ainsi que des pays d'autres régions de l'OMS, à assurer l'évaluation et la gestion de la qualité des soins. Etant donné qu'il n'était pas possible de réduire les écarts de mortalité et de morbidité par des maladies non transmissibles de la même manière que dans le cas des maladies transmissibles, d'autres systèmes, indicateurs et mécanismes étaient nécessaires. Comme une action menée par les autorités n'était pas à elle seule efficace, on a mis au point un modèle complémentaire privilégiant les initiatives partant de la base. En utilisant ce modèle, l'OMS⁵, avec le concours des autorités sanitaires, des soignants, des patients, du secteur privé et des organismes de financement, a conçu une série d'indicateurs et d'outils pour le recueil de données en vue d'améliorer la qualité des services de soins de santé.

Le concept de qualité des soins est fondé sur la surveillance continue des résultats en matière de santé, en particulier ceux obtenus par les services de santé. Ces résultats reposent essentiellement sur l'*indicateur de qualité*, variable qui indique le niveau de qualité. A la différence d'autres méthodes utilisées pour l'évaluation des soins, les indicateurs, qui font la synthèse d'ensemble de données essentielles, sont centrés sur le patient, dont l'état de santé est le critère de l'évaluation des soins. En outre, les indicateurs portent sur l'utilisation des ressources. Les ensembles de données essentielles ou fiches d'informations de base sont les outils qui permettent le mieux de recueillir des données sur l'état de santé et l'utilisation des technologies. Il est possible d'utiliser ces outils pour suivre et comparer les résultats et le coût des soins. Ils permettent ainsi de gérer et d'améliorer la qualité des services de santé.

1. La qualité des soins et la démarche de l'OMS

1.1 Introduction

Le thème de la qualité des soins de santé est presque aussi ancien que l'histoire de l'humanité. Le serment d'Hippocrate, conçu dans la Grèce antique, est aujourd'hui encore la pierre angulaire de la qualité des soins : *«le médecin doit répondre aux besoins du patient et de la collectivité et veiller à l'onocuité du traitement»*. Beaucoup plus tôt, le code d'Hammurabi définissait la faute professionnelle : *«si le chirurgien a causé la mort d'un homme, il aura la main coupée»*. Cependant, cette conception punitive était rejetée par Confucius : *«que l'on dirige le peuple avec des lois et qu'on le discipline par des punitions et le peuple cherchera à éviter la prison mais il perdra tout sentiment de honte»*. Par contre, il conseille *«Dirigeons le peuple par la vertu et par des règles de bonne conduite et le peuple acquérira un sentiment de honte et deviendra vertueux»*.

Selon le dictionnaire *Concise Oxford Dictionary of Current English*⁶, **la qualité est le degré d'excellence**, ce qui correspond bien à la définition utilisée par les Phéniciens et les Grecs anciens (Platon, qui lie la qualité à l'éthique, et Aristote²). Cette définition fut acceptée très largement^{7 8 9 10 11}, mais pas aussi rapidement que ne le prévoyait Ernest Codman en 1917 : *«les hôpitaux qui cherchent une amélioration doivent passer en revue leurs résultats, analyser leurs moyens et comparer leurs résultats avec ceux des autres hôpitaux.»* Plus récemment, Michel Godet a déclaré très justement : *«Ce sont les hommes et les organisations qui font la différence en matière d'excellence et de compétitivité»*.

² *«Il est contraire à l'éthique de ne pas rechercher le plus haut degré d'excellence.»*

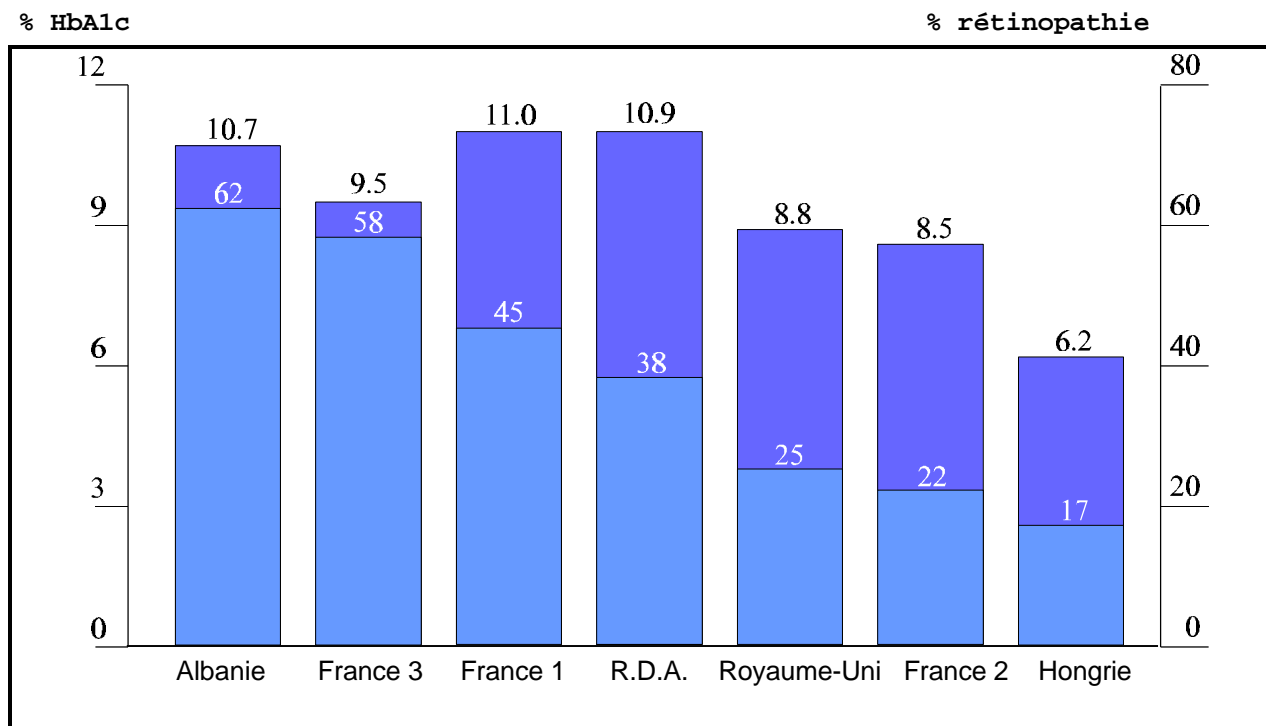
1.2 La qualité des soins et les associations nationales de médecins

- La qualité des services de santé préoccupe de plus en plus les autorités sanitaires, les soignants, les organismes de financement et les consommateurs. C'est pourquoi des efforts considérables ont été déployés ces dernières décennies afin d'améliorer la qualité des soins^{12 13 14}. Les professionnels de la santé sont bien conscients des obligations morales et éthiques qui leur incombent, comme le montre le Forum européen des associations de médecins^{15 16}, qui plaide pour l'élaboration d'une politique d'amélioration constante de la qualité des soins. En particulier, il recommande aux associations nationales de médecins *«de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins de santé en se préoccupant avant tout du patient. [...] L'amélioration de la qualité des soins est donc une responsabilité - sur les plans de l'éthique, de la formation et de l'exercice de la profession - inhérente à l'indépendance de la profession. En conséquence, les associations nationales de médecins doivent:*
- promouvoir la responsabilité professionnelle pour l'amélioration de la qualité des soins et mettre en place des mécanismes internes d'auto-évaluation pour leurs membres;
- promouvoir la conception de critères stratégiques relatifs à la qualité par spécialité, en tenant compte du vécu des patients;
- lancer des initiatives d'évaluation externe de la qualité. L'évaluation externe devrait comprendre des mécanismes de soutien et de surveillance, et la constitution de bases de données comparatives et anonymes. Ces bases de données doivent être alimentées en données appropriées relatives aux soins et être gérées par la profession pour des raisons de confidentialité dans l'intérêt du patient et du médecin;
- diffuser largement des informations relatives aux meilleures méthodes ayant fait leurs preuves et favoriser leur application pratique;
- reconnaître que, outre que la recherche est à la base de l'amélioration de la qualité des soins, la recherche sur l'amélioration de la qualité des soins elle-même est aussi nécessaire.»
- Au-delà de ces aspects sociétaux, la qualité des soins est importante pour les raisons suivantes:
- *la qualité des soins influence les résultats en matière de santé, qui constitue l'objectif final de la dispensation des soins de santé^{17, 18};*
- *une mauvaise qualité des soins peut nuire à la santé^{19, 20};*
- *la qualité des soins a des conséquences sur leur efficacité et sur le coût du traitement^{21, 22, 23, 24}. A titre d'exemple, à la suite de l'étude sur la maîtrise du diabète et sur les complications résultant de cette maladie*

(Diabetes Control and Complication Trial)²⁵, on a estimé qu'une quasi-normalisation de la glycémie moyenne chez les personnes atteintes de diabète insulino-dépendant se traduirait, sur une période de neuf ans, par un gain de 611 000 années de vie pour le groupe de 120 000 personnes résidant aux Etats-Unis ayant ce type de diabète et répondant aux critères de cette étude²⁶;

- *les écarts de qualité des soins entraînent des écarts entre résultats en matière de santé qui contribuent aux manques d'équité en ce qui concerne les résultats en matière de santé (voir figure 1).*

Figure 1 - % de rétinopathie et % HbA1c (valeur moyenne)



Comparaison de la maîtrise du métabolisme et de la fréquence des rétinopathies après 10 ans de traitement (34 à 39 ans)²⁷.

1.2 La qualité des soins et l'OMS

Le but 31 de la Santé pour tous de pour la Région européenne de l'OMS prévoit ce qui suit : *«D'ici l'an 2000, tous les Etats Membres doivent disposer des structures et des processus visant à assurer une amélioration continue de la qualité des soins de santé et l'amélioration des technologies de santé et de leur utilisation»*. La Charte de Ljubljana²⁸, adoptée en juillet 1996 par les Etats membres de la Région européenne lors de la Conférence sur les réformes des systèmes de soins en Europe, recommande ce qui suit (article 5.4 des Principes fondamentaux) : *«Toute réforme des systèmes de santé doit avoir pour objectif d'améliorer de manière constante la qualité des soins dispensés, y compris leur rapport coût-efficacité, et doit comporter à cet effet une stratégie claire»*.

Sur la base de ces principes, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis au point un modèle, en collaboration avec les Etats membres et des organismes professionnels. Ce modèle est facile à adapter aux différents cadres de dispensation des soins de santé, aux diverses maladies et aux différents problèmes de santé. Il n'exige que peu de ressources mais sa bonne application nécessite l'adhésion des autorités sanitaires, des professionnels de la santé, des patients et du secteur privé, comme cela ressort des politiques adoptées par les gouvernements.

Ce modèle prévoit les étapes suivantes: la détermination du problème, l'analyse de la situation, la fixation des objectifs, le choix des activités

d'intervention, la surveillance continue, l'évaluation et des mesures garantissant la poursuite des activités à long terme. Pour chacune des étapes, il est crucial d'utiliser des *indicateurs*.

2. Dimensions de la qualité et utilisation des indicateurs de qualité

2.1 Introduction

Le modèle de Donabedian ²⁹ constitue une méthode largement acceptée de concevoir les dimensions principales de la qualité des soins. Il distingue différents niveaux : la structure (cadres organisationnels des soins), le processus (traitement) et les résultats (effets des soins). Pour mesurer chacun de ces éléments, on doit avoir recours aux indicateurs suivants:

Tableau 1 - Indicateurs de la qualité des soins

Indicateurs structurels	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats
ressources financières	soins préventifs	état de santé
personnel	diagnostic	résultats de la prévention et des soins
matériel	soins thérapeutiques	bien-être des patients
/installations	réadaptation	satisfaction du patient
systèmes d'information	information et éducation du malade	bonne utilisation des ressources

Par définition, un *indicateur* est une variable ou un paramètre qu'on utilise pour mesurer directement ou indirectement les changements relatifs à un phénomène de manière valable, objective, sensible et spécifique.

2.2 Mise au point des indicateurs

Les *indicateurs* constituent un élément essentiel de toutes les phases des soins de santé, qui sont l'élaboration de la politique par les autorités sanitaires et la dispensation des services par les soignants. La mise au point des *indicateurs* représente l'une des mesures les plus importantes dans tout programme d'amélioration de la qualité des soins; en conséquence, il faut que ceux qui doivent utiliser quotidiennement ces *indicateurs* participent directement à ce processus.

Les indicateurs de qualité sont des variables qui indiquent le niveau de la qualité. Idéalement, il serait souhaitable que les indicateurs expriment le

résultat final (vrai) mais, dans certains cas, ceux-ci peuvent mesurer des résultats intermédiaires. Contrairement à d'autres méthodes d'évaluation des soins, l'utilisation d'indicateurs des résultats finals (vrais), d'indicateurs de résultats intermédiaires et d'indicateurs validés de structure et de processus à l'aide d'ensemble de données essentielles sur la qualité place le patient au centre de l'attention en considérant que son état de santé est le critère fondamental de l'efficacité des soins.

Lors de la mise au point des indicateurs de qualité, il est essentiel d'associer les organismes professionnels à l'ensemble du processus pour que le choix final fasse l'objet d'un accord. Sans l'accord et le soutien des professionnels de la santé, les indicateurs de qualité ne peuvent pas être crédibles et ne sont pas acceptables. Il est facile de comprendre pourquoi : pour inciter les soignants à améliorer la qualité des soins pour des considérations de fierté et de satisfaction professionnelle, il faut que les indicateurs de qualité donnent des informations appropriées sur les résultats des soins et donc que les professionnels les jugent pertinents, valables et fiables.

Dans certains cas, il est relativement facile de définir des indicateurs de qualité, étant donné que la littérature contient des données sur l'efficacité de certaines interventions, notamment. Dans d'autres cas, il faut se contenter de paramètres moins bien validés.

Tableau 2. Exemples d'indicateurs de qualité reposant sur des ensembles de données essentielles

Domaines prioritaires	Indicateurs de résultats vrais	Indicateurs de résultats intermédiaires	Indicateurs de processus	Indicateurs structurels
Soins périnataux	Mortalité maternelle Décès Intrapartum Mortalité périnatale	Eclampsie Diabète Hémorragie Indice Apgar Asphyxie à la naissance Accouchement prématuré	Taux de césarienne Forceps/ventouse Hystérectomie/48 heures Section césarienne Forceps/ventouse	Maternité Salle d'accouchement Ostétricien Infirmière Matériel chirurgical
Hypertension	Accident vasculaire cérébral Infarctus du myocarde Décès	Tension artérielle Albuminurie	Sevrage tabagique Observance d'un traitement anti-hypertensif	Généraliste Cardiologue
Dépression	Suicide	Indice de gravité	Observance d'un traitement anti-dépressif	Psychiatre Psychologue
Diabète	Cécité Insuffisance rénale Amputations Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral	HbA1c Rétinopathie Microalbuminurie Ulcères des pieds Angine de poitrine, pontage coronarien	Surveillance de la glycémie Séances de traitement par photo-coagulation dans les cas de rétinopathie proliférative Observance du traitement antihypertensif Education du malade pour les soins des pieds Surveillance de la tension artérielle, sevrage tabagique	Endocrinologue Ophthalmologiste Laser Matériel d'hémo-dialyse Podologue

Le tableau 2 présente quelques exemples d'indicateurs de qualité (vrais, intermédiaires, de processus et structurels) mis au point pour un certain nombre de maladies, qui font partie des ensembles de données essentielles sur la qualité et constituent des outils pour la collecte de données et permettent l'échange de données sur les résultats grâce à des situations de dépôts normalisées. En conséquence, ils permettent de définir, de diffuser et de partager les *méthodes les plus efficaces*. Certains indicateurs de qualité peuvent être les mêmes pour différents ensembles de données essentielles (par exemple, les indicateurs relatifs au *bien-être* du patient font partie de l'ensemble de données essentielles pour le diabète sucré et les soins obstétricaux et les *indicateurs relatifs au diabète* font également partie de l'ensemble de données essentielles pour les soins obstétricaux). Dans le cadre de ce concept et pour permettre l'évaluation et la surveillance des résultats des soins de santé, on a mis au point différents ensembles d'*indicateurs* : dans le domaine de la santé bucco-dentaire, l'OMS et la Fédération dentaire internationale (FDI) se sont mises d'accord en 1969 sur un indicateur de résultat fondamental, à savoir le nombre de dents cariées, absentes et obturées. En 1981, l'OMS et la FDI ont établi des objectifs nationaux pour la santé bucco-dentaire à l'horizon 2000³⁰, portant sur les groupes d'âge suivants : 5-6 ans, 12 ans, 35-44 ans et 65 ans et plus. Trente-cinq Etats membres européens ont établi un programme national de santé bucco-dentaire et un certain nombre d'entre eux ont atteint le but d'un maximum de 3 dents cariées, absentes et obturées à l'âge de 12 ans ³¹(Albanie, Bulgarie, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Islande, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume Uni, Sloveenie, Suède, Suisse et Turquie).

L'OMS et la FDI proposent maintenant des buts actualisés en matière de **santé bucco-dentaire** en Europe d'ici 2020. L'indicateur utilisé pour mesurer les progrès accomplis est de *1,5 dent cariée, absente et obturée, dont un maximum de 1.0 dent obturée* à l'âge de 12 ans.

De même, en 1989, lors de la première réunion de la Déclaration de Saint Vincent sur le diabète sucré, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et la Fédération Internationale du diabète ont établi des objectifs pour la prise en charge du diabète sucré³² (réduction de 30 à 50% des nouveaux cas de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation, réduction de la morbidité et de la mortalité du fait de cardiopathies coronariennes et issues de la grossesse approchant les résultats obtenus pour les femmes non diabétiques). Trente-six pays d'Europe avaient élaboré en 1997 des programmes nationaux incorporant ces objectifs. Un ou plusieurs de ces objectifs³³ avaient été atteints au niveau local, régional ou national en Allemagne, en Biélorussie, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en France, en Hongrie, en Islande, en Israël, en Italie, en Lituanie, en Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, en République tchèque, au Royaume-Uni, en Russie, en Suède et en Suisse³⁴. Cela ne signifie pas qu'il soit possible de normaliser la conception des soins dans tous les cadres. La gestion et la conception des soins de santé varient d'un pays à l'autre et même parmi les différentes régions d'un pays; les indicateurs doivent donc être adaptés à la situation locale. Néanmoins,

l'essentiel reste identique quelle que soit la situation locale : la gestion des soins est un processus continu qui peut se dérouler via une action menée par les autorités ou une action partant de la base; ces deux démarches peuvent se combiner pour déboucher sur l'augmentation constante de la qualité des soins.

3. L'utilisation pratique des indicateurs de qualité

Un modèle pour la qualité des soins doit comprendre les éléments suivants : une analyse de la situation, la fixation de buts, la définition d'activités d'intervention, la surveillance et l'évaluation, et le maintien de l'action à long terme. Comme cela a déjà été indiqué, il importe d'utiliser des *indicateurs* à chaque stade. On présente ci-après des exemples qui illustrent la façon d'utiliser des *indicateurs* de qualité et les résultats obtenus grâce à eux.

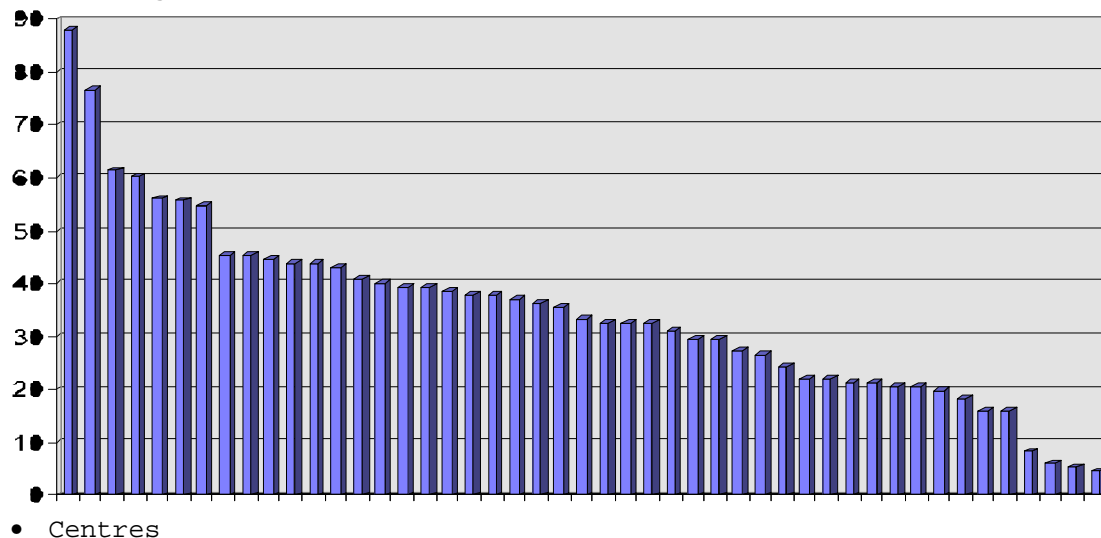
Une glycémie élevée (mesurée par HbA1c³), peut causer des complications aiguës chez les personnes atteintes de **diabète sucré**, ce qui augmente le coût du traitement et réduit l'espérance de vie. Au cours d'une étude menée par l'Institut suédois pour le développement des services de santé³⁵, on a constaté de très grandes variations du niveau de HbA1c (indicateur clé pour la prise en charge du diabète) entre différents centres de santé du pays.

³ HbA1c est une mesure de la maîtrise du métabolisme. Un niveau supérieur à 8% indique une mauvaise maîtrise du métabolisme et est associé à une fréquence croissante de complications (amputations et cécité, par exemple) et à une augmentation des dépenses de traitement ²⁵.

Figure 2. Qualité des soins aux diabétiques en Suède

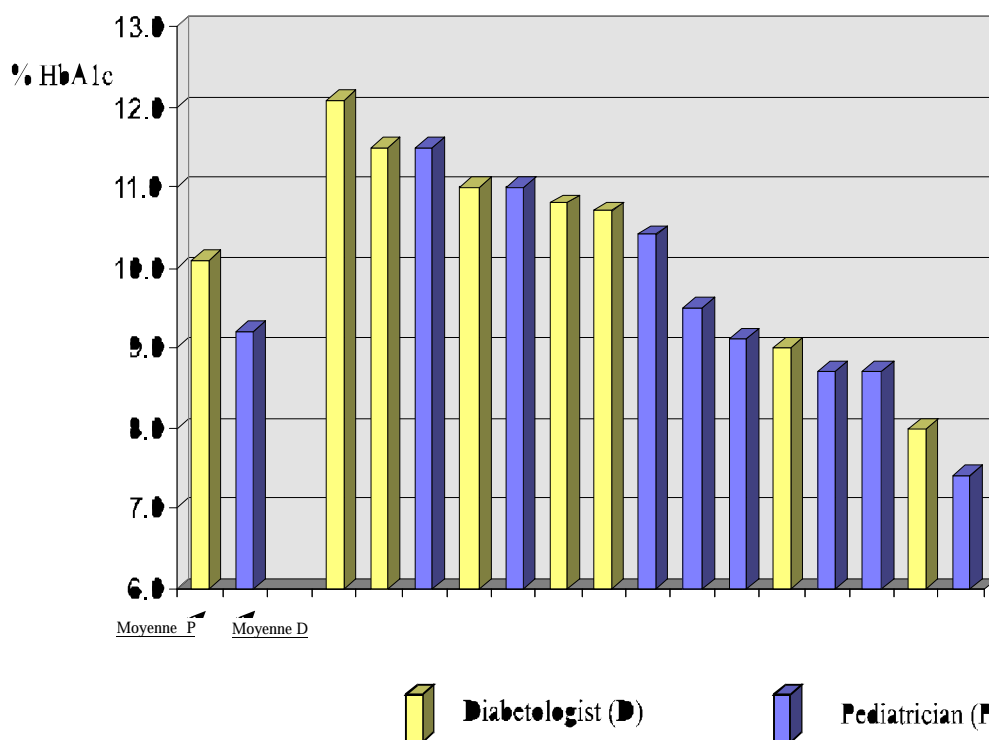
Pourcentage des diabétiques dont le métabolisme est bien maîtrisé

Pourcentage de HbA1c < 8%



La figure 2 montre que le pourcentage de diabétiques dont le métabolisme est bien maîtrisé varie d'environ 5% à près de 90% selon le centre de santé. Ainsi, dans certains centres de santé, une proportion très élevée de diabétiques souffriront de complications tardives ou aiguës (cécité, amputations et décès inopiné, par exemple), tandis que dans d'autres centres, la proportion est beaucoup plus faible. Les différences de qualité des soins aux diabétiques se traduisent par des différences importantes du point de vue des résultats en matière de santé et, dans de nombreux centres de santé par une mauvaise utilisation des ressources.

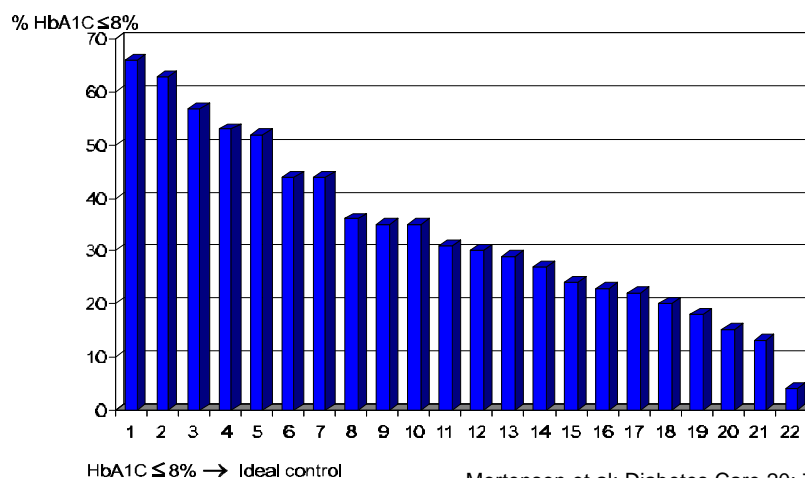
Figure 3. Comparaison de la maîtrise du métabolisme chez 802 enfants diabétiques soignés par un diabétologue ou un pédiatre en Roumanie



Performed INSTAN/WHO CC September 1995

La figure 3 montre la qualité de la maîtrise du métabolisme chez 802 enfants en Roumanie; on utilise le même *indicateur* HbA1c. Cependant, les différences qualitatives ne sont pas nécessairement liées à la spécialité du médecin traitant: En fait, on peut constater que les pédiatres obtiennent des résultats aussi bons, voire meilleurs, que les diabétologues.

Figure 4. Comparaison de la maîtrise du métabolisme chez 2 873 enfants diabétiques dans le monde entier

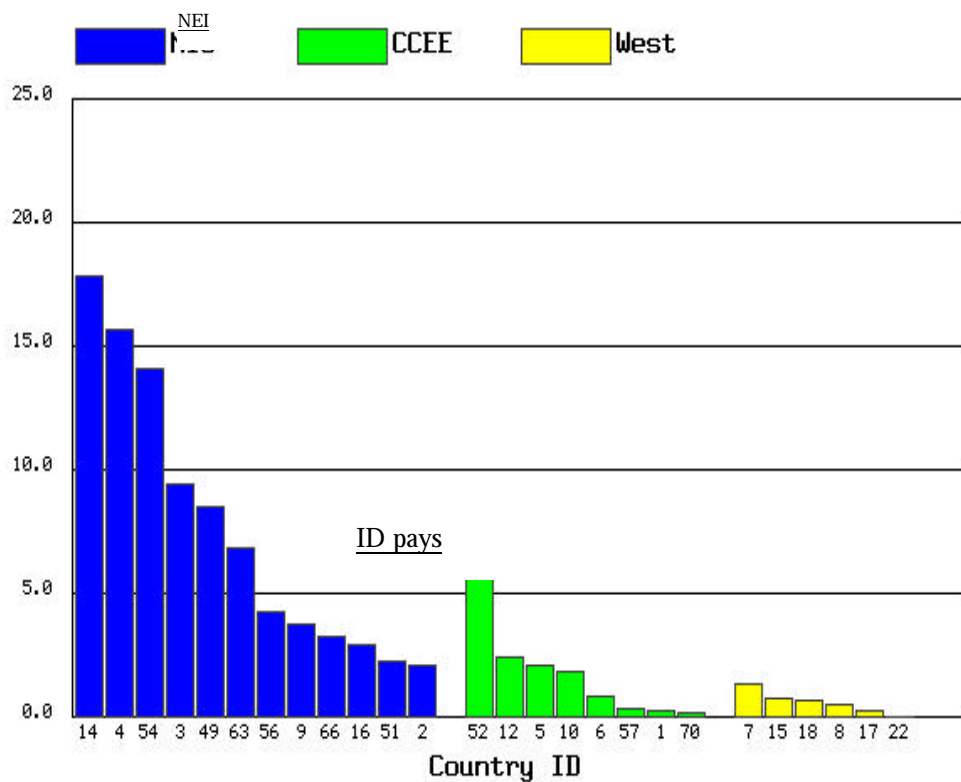


HbA1c ≤ 8% → Ideal control

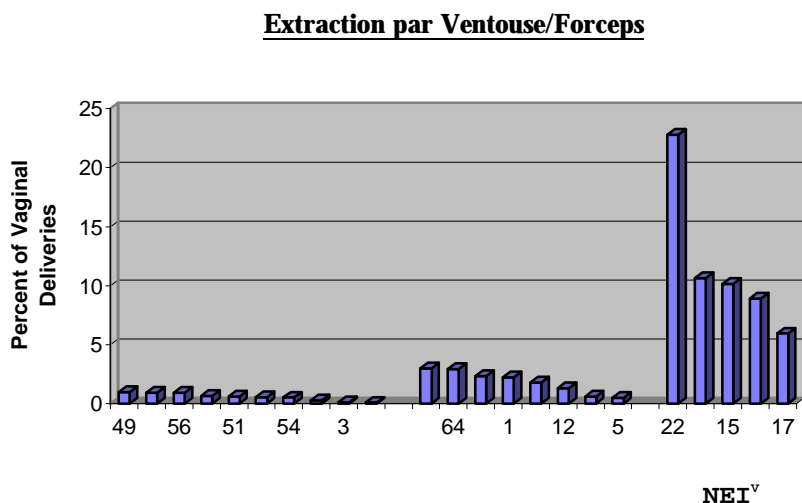
Mortensen et al: Diabetes Care 20: 714-720, 1997

Comme la figure 3, la figure 4 met également en évidence de très grandes variations de la maîtrise du métabolisme (HbA1c ≤ 8) chez de plus de 2800 enfants diabétiques traités dans des centres de santé de 18 pays. Elle confirme que des différences existent non seulement *dans* des pays (figure 2) et *entre* pays (figures 3 et 4) ayant des niveaux différents de développement économique, mais aussi entre pays ayant une situation économique similaire. Pour assurer la validité des comparaisons, les niveaux de HbA1c indiqués dans les figures 2 à 4 ont été établis par le même laboratoire, qui a utilisé une méthode de mesure normalisée.

Figure 5. Indicateurs de qualité des soins périnataux - Données nationales - Décès intrapartum^{iv}



**Figure 6. Indicateurs de la qualité des soins périnataux -
Données nationales ^{iv}**



PECO^{vi}

EO^{vii}

NEI^v

Lorsqu'ils évaluent la qualité des soins, les professionnels de la santé doivent tout d'abord examiner les indicateurs qui révèlent les résultats vrais et, au cas où ces résultats ne sont pas satisfaisants, il faut analyser le processus pour déterminer l'existence d'un rapport de cause à effet. Dans les figures 5 et 6, il ressort clairement qu'il existe une corrélation négative entre la mortalité intrapartum (indicateur de résultat vrai) et le recours, lors de l'accouchement, à la technique de l'extraction par ventouse et par forceps. Moins les technologies (processus) sont utilisées, plus la mortalité (résultat) est élevée.

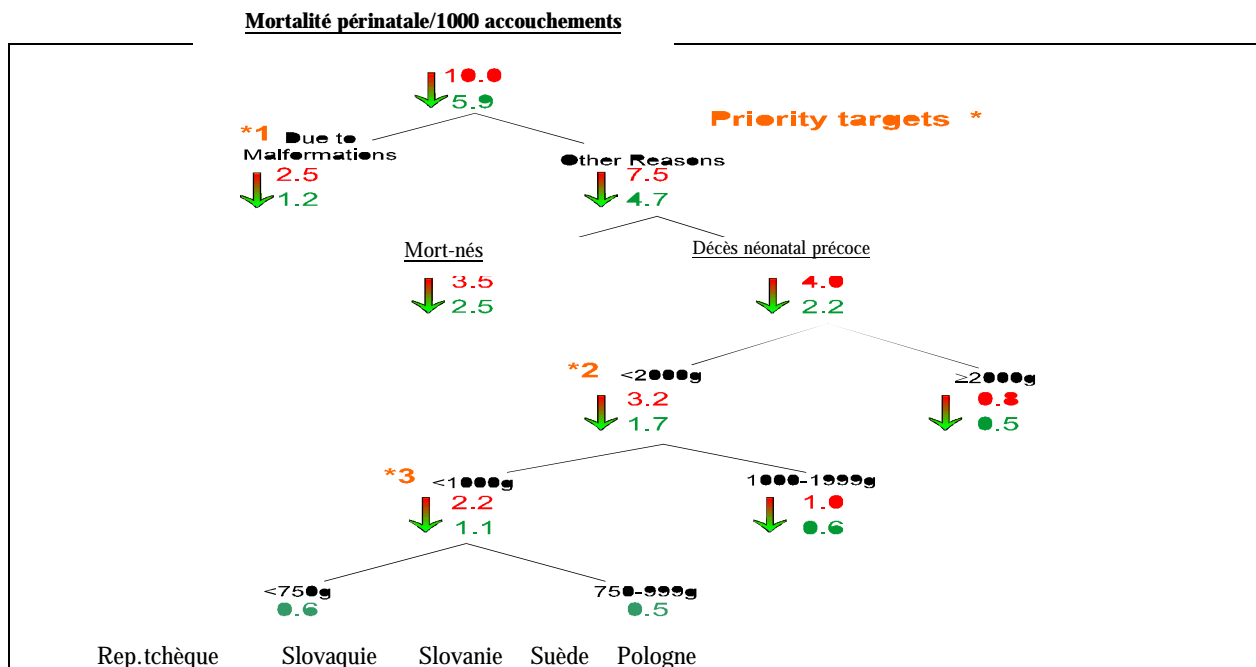
Il y a cependant des exceptions: dans certains pays d'Europe centrale et orientale, malgré l'utilisation limitée de la technologie, des résultats égaux ou même meilleurs ont été obtenus par rapport aux pays occidentaux. Cela montre que l'amélioration de la qualité des soins ne dépend pas nécessairement de ressources supplémentaires ou de l'utilisation de la technologie; elle est plutôt liée au bon fonctionnement d'une infrastructure d'assurance, de gestion et d'amélioration de la qualité.

Les pays d'Europe centrale et orientale qui ont obtenu les meilleurs résultats ont procédé comme suit : une fois l'analyse de la situation achevée, les autorités sanitaires ou les dispensateurs de soins ont choisi les domaines dans lesquels un programme d'intervention peut constituer le point de départ d'une amélioration de la situation sanitaire. Par exemple, la figure 7³⁶ illustre la fixation de buts en vue d'une réduction de la mortalité périnatale.

Dans ce cas, on a donc retenu comme premier domaine d'intervention la mortalité périnatale, indicateur de résultat vrai des soins périnataux et il

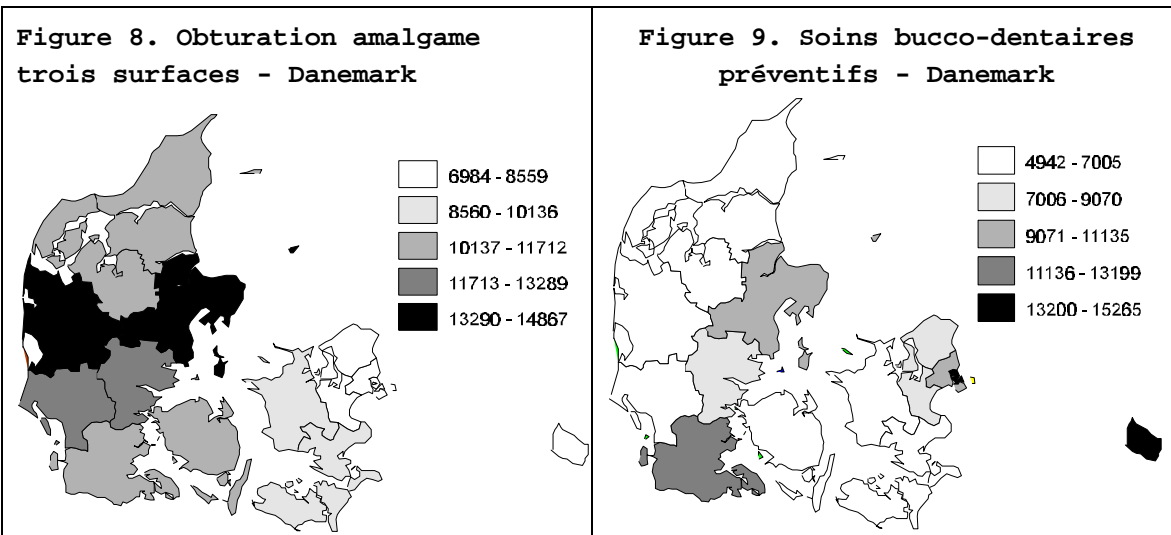
a été décidé de viser une réduction de 40%. Comme les *malformations* représentent une cause de mortalité périnatale, elles ont été retenues comme priorité numéro un de l'intervention. On a donc utilisé systématiquement l'échographie au début de la grossesse pour détecter les malformations. Il a ainsi été possible de ramener la mortalité de 2,5 à 1,2 après l'intervention. La deuxième priorité retenue a été la *mortalité néonatale précoce* et il a été décidé de centrer l'intervention sur les nourrissons pesant moins de 2000 grammes. Il s'agissait principalement de détecter à temps les cas où il existait un risque d'asphyxie ultra-utérine, par exemple. Dans ce cas la mortalité périnatale a été ramenée de 3,2 à 1,7. La troisième priorité a porté sur les nourrissons pesant moins de 1000 grammes; en améliorant la qualité des soins prodigués à ces enfants, on a ramené la mortalité de 2,2 à 1,1.

Figure 7. Exemple de l'amélioration de la qualité des soins périnataux



Dans ce cas, il est manifeste que les interventions doivent viser à atteindre des objectifs réalistes compte tenu des obstacles et des limites repérées lors de l'analyse de la situation.

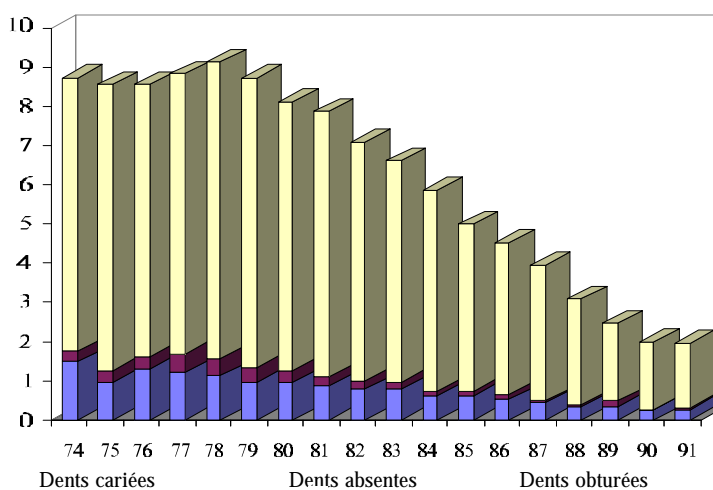
4. Utilisation d'indicateurs pour l'analyse coûts-avantages



Les figures 8 et 9 montrent comment il est possible d'utiliser des indicateurs pour l'analyse coûts-avantages et la prise de décisions; deux indicateurs de santé bucco-dentaire indiquent le niveau de santé bucco-dentaire au Danemark, dans le cadre d'un système de paiement à l'acte. Les services fournis sont des soins préventifs et curatifs. Les mécanismes

utilisés en matière de qualité des soins reposent sur des informations contenues dans la base de données du régime national d'assurance maladie. Les médecins ont créé des cercles de qualités locaux pour comparer leurs expériences en matière de résultats et de coût des services fournis. Une réduction du recours aux services curatifs a été observée à la suite d'une augmentation de l'utilisation des services préventifs³⁷ (figure 9).

Figure 10. Nombre moyen de caries chez les enfants de 7 ans au Danemark, 1974-1991, selon le nombre de dents cariées, absentes et obturées



La figure 10 montre que la disponibilité de données ne suffit pas, bien que l'association danoise des dentistes ait été à l'origine de la proposition visant à suivre l'évolution de la situation. Tant que les praticiens eux-mêmes ne réagissent pas et ne prennent pas des mesures correctrices, les résultats ne s'améliorent pas.

5. Indicateurs généraux

Certains indicateurs, dits généraux, sont valables pour diverses maladies. Le tableau 3 met en évidence les relations entre certains paramètres.

Tableau 3. Indicateurs généraux multidimensionnels

Bien-être	Santé reproductive	Santé des personnes âgées	Maladies ostéo-musculaires	Santé bucco-dentaire	Diabète sucré
Santé reproductive			Santé reproductive	Santé reproductive	Santé reproductive
	Bien-être	Bien-être	Bien-être	Bien-être	Bien-être
Santé des personnes âgées			Santé des personnes âgées	Santé des personnes âgées	Santé des personnes âgées
Maladies ostéo-musculaires	Maladies ostéo-musculaires	Maladies ostéo-musculaires		Maladies ostéo-musculaires	Maladies ostéo-musculaires
Santé bucco-dentaire	Santé bucco-dentaire	Santé bucco-dentaire	Santé bucco-dentaire		Santé bucco-dentaire
Diabète sucré	Diabète sucré	Diabète sucré	Diabète sucré	Diabète sucré	

6. Conclusion

L'objectif des activités liées à la qualité des soins est d'obtenir une amélioration continue de ceux-ci. Le professionnel de la santé ne se satisfait pas du statu quo si les résultats de son travail sont moins bons que ceux de ses collègues. Il est donc essentiel qu'il obtienne en permanence des informations exactes sur l'efficacité de ses activités. Pour que des comparaisons soient possibles, il faut que ces informations reposent sur des *indicateurs* de qualité normalisés ou communs.

La qualité des soins doit se fonder sur une connaissance des résultats des soins pour le patient et sur la prise de conscience du fait que le soignant à une responsabilité en matière d'utilisation rationnelle des ressources.

L'amélioration de la qualité des soins est un processus continu qui comporte les quatre aspects suivants :

- une amélioration constante, sur les plans personnel et professionnel, qui se manifeste sous la forme d'un «cercle vertueux»;
- le renforcement permanent d'une attitude constructive et d'une communication positive;
- la création de situations dans lesquelles tous les partenaires sont gagnants, par un travail d'équipe qui engendre la coopération, la loyauté et des efforts visant à atteindre systématiquement certains buts;
- une amélioration continue par une action de résolution des problèmes associant tous les partenaires du processus d'amélioration de la qualité de soins.

Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel d'avoir recours à des *indicateurs* de qualité.

-
- ¹ Evang K. Det internasjonale helsearbeid. *Nordisk Medicin* 1947;**36**:2171-2182.
- ² *Health For All. List Of Statistical Indicators*. Version: June 1997. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen
- ³ Les buts de la Santé pour tous. La politique de santé de l'Europe. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, version actualisée, Septembre 1991
- ⁴ Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000. 7th Report of the WHO situation. 1987;7th Report, Vol. 5
- ⁵ France FH, Staehr-Johansen K, Noothoven van Goor JM. Case-based Telematic Systems Towards Equity in Health Care. *Studies in Health Technology and Informatics* 1994;**14**:207
- ⁶ *The Concise Oxford Dictionary of Current English*. Oxford: Oxford University Press, 1989
- ⁷ Borgions J, Roger France FH, Staehr-Johansen K, a.o. Développement Continu de la Qualité des Soins: Proposition de Politique Nationale. Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des Etablissements de soins, Direction de la Politique des soins de santé. 1995
- ⁸ Blomhoj G, de Neergaard L, Hermann N, Staehr-Johansen K. Continuous Quality Development. A proposed national policy. 1993
- ⁹ Nasjonal Strategi for Kvalitetsutvikling i Helsetjenesten. 1995;**IK-2482**:1-24
- ¹⁰ *Quality In Health Care: A Proposed National Policy* Committee for Quality in Health Care, Ministry of Health, the Republic of Slovenia, The World Health Organisation, Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. June 1996
- ¹¹ WHO. Quality in Health Care: a proposed national policy. 1996;**1**-16
- ¹² Berwick D. Health services research and quality of care. Assignments for the 1990s. *Med Care* 1989;**27**:763-771.
- ¹³ Donabedian A. Evaluation of the quality of medical care: A concept in search of a definition. *Milbank Mem Fund Q* 1966;**44**:166-206
- ¹⁴ Piwernetz K, Massi Benedetti M, Krans HMJ, Staehr-Johansen K. DIABCARE: Monitoring and Quality Development in Diabetes Care - Regional and National Implementations of the St Vincent Declaration. *Diabetes Nutrition and Metabolism* 1997;**6**:307-308
- ¹⁵ Worning AM, Mainz J, Klazinga N, Gotrik JK, Staehr-Johansen K. Policy on quality development for the medical profession. *Ugeskrift for Læger* 1992;**154**:3523-3533
- ¹⁶ WHO. Workshop on the Project to Develop Policies and Mechanisms for National Medical Associations regarding Quality of Care Development held in Utrecht, the Netherlands, on 27 to 30 January 1993. 1993
- ¹⁷ Ginsberg BJ, Mazze R. Clinical consequences of the Diabetes Control and Complications Trial. *N J Med* 1994;**91**:221-224
- ¹⁸ Jervell J, Magnus P, Moe N, Bakketeig LS, Halse J. Resultatet av svangerskap hos diabetekere. Utviklingen i Norge fra 1967 til 1990 (Outcome of pregnancy in diabetics. Development in Norway from 1967 to 1990). *Norsk epidemiologi (Norwegian epidemiology)* 1994;**4**:34

- ¹⁹ Implementing the lessons of DCCT. Report of a national workshop under the auspices of the British Diabetic Association. *Diabet Med* 1994;**11**:220-228
- ²⁰ Dahl-Joergensen K, Brinchmann-Hansen O, Hanssen KF, et al. Effect of near normoglycemia for two years on progression of early diabetic retinopathy, and neuropathy: the Oslo study. *BMJ* 1985;**293**:1195-1199
- ²¹ Furnes A, Lie SA, Havelin LI, Engesaeter LB, Vallset SE. The economic impact of failures in total hip replacement surgery: 28,997 cases from the Norwegian Arthroplasty Register, 198-1993. *Acta Orthop Scand* 1996;**67**:115-121
- ²² Olsson J, Persson U, Tollin C, Nilsson S, Melander A. Comparison of excess costs of care and production losses because of morbidity in diabetic patients. *Diabetes Care* 1994;**17**:1257-1263
- ²³ Siegel JE, Krolewski AS, Warram JH, Weinstein MC. Cost-effectiveness of screening and early treatment of nephropathy in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Soc Nephrol* 1992;**3**:S111-9.
- ²⁴ Starostina E, Antsiferov M, Galtyan G, et al. Effectiveness and cost-benefit analysis of intensive treatment and teaching programmes for type 1 (insulin dependant) diabetes mellitus in the Moscow blood-glucose versus urine-glucose self-monitoring. *Diabetologia* 1994;**37**:170
- ²⁵ The Diabetes Control and Complication Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *N J Med* 1993;**329**:977-986
- ²⁶ Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *JAMA* 1996;**276**:1409-1415
- ²⁷ Staehr Johansen, K. *Multicentre continuous subcutaneous insulin infusion pump feasibility and acceptability study experience* Giornale italiano di Diabetologia 10 : (suppl.) 55-61, 1990
- ²⁸ *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO Regional Publications, European Series, no. 72. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
- ²⁹ Donabedian A. The Quality of Care. How Can it Be Assessed. *JAMA* 1988;**260**:1743-1748
- ³⁰ International Dental Federation and World Health Organization. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982;**32**:74-77
- ³¹ World Health Organization. *Health for All: list of indicators*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
- ³² *Diabetes Mellitus in Europe: a problem at all ages in all countries. A model for prevention and self care*. A meeting organized by the World Health Organization, Regional Office for Europe, and the International Diabetes

Federation, Europe. October 1989. Giornale italiano di Diabetologia. Volume 10 (Supplemento), 1990

- ³³ *Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme implementation document*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992
- ³⁴ *Diabetes care and research in Europe: Implementation of the St Vincent Declaration for improvement of diabetes care*. 2nd meeting organized by WHO and IDF in Europe. 9-11 March 1992, Budapest, Hungary. Abstracts. Giornale italiano di Diabetologia 12: (supplement 1), 1992
- ³⁵ Verksamhet och kvalitet I primärvård. SPRI Report 368, Project 31019, 1994; **368**
- ³⁶ Stembera, Z. *Perinatal Data Collection*. WHO Collaborating Centre for Perinatal Care, Prague, Czech Republic. 2nd Workshop on Quality Development in Perinatal Care. The OBSQID Project, Quality Development in Perinatal Care. Workshop held 6-8 October 1995, Trieste, Italy. The World Health Organization, Regional Office for Europe. May 1996
- ³⁷ Petersen PE. Effectiveness of oral Health Care - some Danish experiences. *Proc Finn Dent Soc* 1992;1-2