



**STRATÉGIE DE PROMOTION
DE LA QUALITÉ DES SOINS :**
quelques propositions pour
le canton de Vaud

Hervé GUILLAIN, Thierry Blanc

1997

Version Internet 1.1
<http://www.hospvd.ch/public/ise/>



**STRATÉGIE DE PROMOTION
DE LA QUALITÉ DES SOINS :**
**quelques propositions pour
le canton de Vaud**

Hervé GUILLAIN⁽¹⁾, Thierry Blanc⁽²⁾

Lausanne, juin 1997

Version Internet 1.1
<http://www.hospvd.ch/public/ise/>

⁽¹⁾Institut de santé et d'économie

⁽²⁾Service de la santé publique du canton de vaud

Table des matières

1. Introduction	1
2. Situation actuelle	2
2.1. Bases légales	2
2.2. Principales démarches réalisées ou en cours dans le canton de Vaud	3
2.3. Principales démarches en cours dans les autres cantons	7
3. Enjeux	9
4. État des lieux	11
4.1. Définitions de la qualité	11
4.2. Stratégies possibles	12
4.3. Forces et faiblesses des différentes stratégies	13
4.4. Tendances actuelles	16
4.4.1. Accréditation et certification	16
4.4.2. Diffusion d'information sur la qualité des prestations	19
4.4.3. Liens entre les démarches	20
5. Conclusions	21
6. Recommandations	22
6.1. Réglementation	22
6.2. Autorégulation	22
6.3. Information et concurrence	24
6.4. Autres recommandations	25
Quelques ouvrages et articles de référence	27
Livres	27
Articles	27

1. Introduction

La qualité des soins prend une importance croissante, notamment en raison de la diminution des ressources disponibles ainsi que de l'évolution prévisible des mécanismes de financement - intensification de la concurrence par les prix - qui pourraient menacer la qualité des prestations fournies.

Dans ce contexte, il est donc crucial de répondre au défi de maintenir et d'améliorer la qualité des soins, en définissant notamment le rôle que l'État devrait jouer et la stratégie qu'il devrait mettre en œuvre.

Sur la base d'une analyse des stratégies possibles, ce document propose des recommandations concernant la promotion de la qualité dans les institutions de soins en tenant compte des derniers développements en matière de qualité d'une part, des objectifs visés par l'État d'autre part. Comme ces recommandations seront formulées en termes généraux, dans un deuxième temps elles devront être traduites en termes opérationnels (objectifs, plans d'action, moyens, etc.).

2. Situation actuelle

2.1. Bases légales

Divers articles de loi sur la santé publique (LSP) font référence à la qualité des soins ou à l'une de ses nombreuses dimensions :

- l'article 6 charge le Service de la santé publique (SSP) de surveiller les établissements sanitaires;
- l'article 146 stipule que l'exploitation d'un établissement sanitaire est soumise à l'autorisation préalable du département;
- l'article 148 exige du titulaire de cette autorisation qu'il justifie de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département.

En outre, les articles 19 à 27 traitent des droits du patient, un aspect important de la qualité des soins.

Le but de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) est d'assurer l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la communauté.

L'article 58 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, donne au Conseil fédéral la compétence d'effectuer des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité des soins, en lui laissant la possibilité de déléguer l'exécution de ces contrôles à des associations professionnelles ou à d'autres institutions. L'article 39 de cette même loi décrit les conditions d'admission auxquelles les établissements de soins doivent satisfaire. Certaines de ces conditions concernent la qualité des soins.

L'article 77 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) stipule en substance que les fournisseurs de soins doivent élaborer des concepts et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité.

2.2. Principales démarches réalisées ou en cours dans le canton de Vaud

La loi sur la Santé Publique (LSP, Art. 6) confie au SSP la tâche de surveillance des établissements sanitaires. Dans les faits, cette activité se limite aux établissements médico-sociaux (EMS). Il est en effet rare que la police sanitaire du SSP intervienne dans des hôpitaux afin de vérifier si la sécurité des patients est assurée. A cet sujet, les visites sont plus fréquentes dans les cliniques privées que dans les hôpitaux.

La CIVEMS (Coordination inter-services¹ pour la visite des EMS) a pour mission, notamment, d'apprécier la qualité de la prise en charge sanitaire et sociale dans les EMS, les divisions C d'hôpitaux et, le cas échéant, les Centres de traitements et de réadaptation (CTR) qui hébergent des pensionnaires de type C². Elle préavise également quant à l'octroi, au renouvellement, voire au retrait de l'autorisation d'exploiter. La CIVEMS intervient sans prévenir, en fonction d'une part d'un programme de visites périodiques, d'autre part des plaintes déposées. Elle s'appuie sur un guide de visite qui comprenait dans sa première version quatre chapitres : organisation générale, vie du résident, personnel, locaux. Ce document a été récemment enrichi par des standards qualité issus du projet CAREMS (Conférence sur l'allocation des ressources aux EMS). Apparemment, cette décision n'a pas été bien perçue par les EMS et la CIVEMS peine à vérifier la conformité à ces nouveaux standards. En effet, la double mission dévolue à la CIVEMS - police sanitaire et promotion de la qualité - fait qu'elle est perçue par les EMS essentiellement comme un organe de police si bien qu'elle n'atteint ses objectifs que par rapport à cette mission. Sur la base de ses visites, la CIVEMS élabore un rapport qu'elle adresse à l'établissement concerné.

¹ les services concernés sont le SSP et le SASH.

² personnes atteintes d'affections chroniques, nécessitant des soins continus.

Au-delà des activités de police sanitaire, depuis le début des années 1990 plusieurs démarches de promotion de la qualité ont été réalisées ou sont en cours dans le canton de Vaud : revues d'hospitalisation, enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés, accréditation des CTR, projet CAREMS, projet SEQUOIAS pour les EMS, EMS 2000, etc.

Le projet CAREMS constitue la première tentative vaudoise de définir des standards qualité pour les EMS, ainsi que les critères pour les évaluer. Pour diverses raisons, cet effort n'a pas débouché sur une démarche concrète de promotion de la qualité. Dès 1994, le projet SEQUOIA est lancé afin que quelques EMS expérimentent une démarche d'amélioration de la qualité. Le succès est très mitigé puisque le projet est abandonné une année plus tard. Finalement, le développement d'une procédure d'accréditation des EMS s'appuyant sur les normes de la famille ISO 9000 constitue un des volets du programme EMS 2000, actuellement en cours de réalisation. Depuis peu, l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) s'est également lancé dans une démarche qualité basée sur les normes de la famille ISO 9000.

A l'initiative du Service de la santé publique et avec son appui, l'hôpital de St-Loup/Orbe a réalisé en 1990 la première revue d'hospitalisation dans le canton de Vaud. Par une analyse détaillée des séjours hospitaliers, une telle revue met en évidence les journées inappropriées ainsi que leurs causes. Grâce à cette information, l'hôpital est en mesure de diminuer l'utilisation inappropriée des lits. Concrètement, un réviseur - infirmier ou médecin - confronte le contenu du dossier médico-infirmier à des critères d'adéquation explicites et indépendants du diagnostic.

Pendant la période 1990-91 et à la suite de St-Loup, trois autres hôpitaux (Aigle, Yverdon et Payerne) ont conduit une revue similaire pendant une période de six mois. Depuis juillet 1992, l'hôpital de St-loup/Orbe effectue en permanence une revue d'hospitalisation. En 1992-93 une revue a également été réalisée dans deux services (médecine et orthopédie-traumatologie) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Les revues se sont depuis lors étendues progressivement à d'autres cantons : Valais, Genève, Tessin. Et le canton de Fribourg a décidé très récemment

de réaliser une revue dans deux hôpitaux. En 1996 et conformément au programme d'économies Équation 33, une revue d'hospitalisation a été réalisée dans tous les hôpitaux du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV). Souhaitant généraliser la revue à l'ensemble de ses services, le CHUV tente aujourd'hui de développer son propre instrument de revue, qui serait alimenté par des données recueillies de routine.

Le projet européen BIOMED, auquel collaborent sept pays (Autriche, Espagne, France, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse) et qui concerne l'adéquation de l'utilisation des lits hospitaliers, a été lancé au mois de mars 1994 et a pris fin en mars 1997. Ce projet avait notamment pour objectifs d'harmoniser les activités de revue à l'échelon européen dans une perspective de comparaison internationale et de coordonner la recherche dans le domaine de la revue de l'utilisation afin de favoriser les synergies. Ainsi, faisant suite à la revue rétrospective, la revue d'hospitalisation simultanée qui va être réalisée cette année dans les hôpitaux du GHRV s'appuiera sur l'instrument de revue européen issu du projet BIOMED.

Fruit d'une collaboration entre l'Hôpital de St-Loup/Orbe et le SSP, une enquête de satisfaction a été réalisée - en 1994 - auprès d'un échantillon représentatif de 590 patients, sortis de l'hôpital au cours du premier trimestre 1994. Cette première suisse était basée sur un questionnaire fiable et valide, développé aux États-Unis et comportant 69 questions. Les personnes interrogées l'ont reçu par courrier et y ont répondu à leur domicile. Un taux de réponse de 80% a été obtenu, chiffre très élevé pour ce type d'enquête. Le but de l'enquête était de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés par rapport au déroulement du séjour, aux soins, aux relations avec le personnel, à l'information reçue, notamment. Dans la perspective du patient, la performance de l'hôpital de St-Loup/Orbe était élevée. Ce travail a permis d'identifier les points forts de l'hôpital ainsi que les opportunités d'amélioration. Depuis lors, cet hôpital a réalisé d'autres enquêtes du même type, mais il a peu utilisé les résultats obtenus pour rechercher des améliorations de la qualité des soins et des services. Suite à cette expérience-pilote, une enquête similaire a été réalisée auprès

des patients des services de médecine des hôpitaux tessinois. Et récemment l'hôpital d'Yverdon a également utilisé ce questionnaire prometteur, puisque de nombreux hôpitaux suisses et européens ont manifesté leur intérêt.

Une procédure d'accréditation des CTR est opérationnelle depuis l'automne 1995. A ce jour, trois établissements - Chamblon, Mottex, Rive-Neuve - se sont volontairement soumis à cet audit externe. Six autres visites d'accréditation seront effectuées d'ici la fin de l'année 1998. La procédure d'accréditation est semblable à celle pratiquée dans les pays anglo-saxons et les normes qualité - au nombre de 76 - s'inspirent en particulier de celles élaborées aux États-Unis par la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Afin de garantir la neutralité et l'indépendance des décisions prises, le "Conseil d'accréditation", organisme faitier qui joue le rôle d'organisme accréditeur, s'est adressé récemment au Service d'accréditation suisse (SAS) afin de bénéficier d'une reconnaissance externe. Parallèlement, ce conseil va travailler à la convergence de ses propres normes avec celles qui sont internationalement reconnues.

Le canton de Vaud a mis sur pied en 1994 un "Fonds de performance" qui a également permis la réalisation de nombreux projets intéressant la qualité. Ce fonds doit permettre aux institutions de soins d'améliorer leurs "performances", exprimées en termes d'adéquation, d'efficacité, de continuité des soins, notamment. Il est alimenté par une retenue opérée sur les budgets des institutions subventionnées. Le montant à disposition la première année - 1994 - avoisinait 1.4 millions. Les institutions sanitaires du canton ont déposé 32 esquisses de projet lors de l'appel d'offres effectué en 1994. Au terme du processus de sélection, 13 projets ont été acceptés dont 10 sont en cours de réalisation. Ces derniers visent, par exemple, à améliorer la qualité de la prise en charge à l'intérieur de l'hôpital ou à mieux orienter les patients dans le réseau.

En 1996 les Hospices cantonaux ont lancé un programme qualité qui concerne l'ensemble de ses établissements et institutions. Un appel d'offres semestriel permet à tous les services de déposer des projets qualité, soit pour information uniquement,

soit pour demander un soutien technique ou financier. Après avoir consulté le comité du programme qualité et les groupes de référence représentant tous les secteurs concernés (médical, infirmier et logistique), la direction des Hospices effectue une sélection des demandes et finance les projets retenus pour un montant total de 1.5 millions de francs sur 3 ans. Des 30 demandes de financement déposées auprès du comité de pilotage du programme qualité au 31 octobre 1996, 9 ont été entièrement accordées et 10 sous réserve de modification du projet soumis. A ce jour la somme allouée aux projets retenus s'élève à près de 500'000 francs. Divers objectifs sont visés par ces projets: développement d'indicateurs qualité, amélioration de la collaboration avec les autres partenaires du réseau de soins, réduction du nombre d'infections, accréditation des laboratoires.

D'autre part, afin de sensibiliser l'ensemble du personnel à la qualité des soins, près d'une dizaine de journées d'introduction à ce thème ont eu lieu en 1996, auxquelles plus de 130 représentants des unités de base ont participé. Ces personnes sont maintenant les répondants qualité de chacune de ces unités.

2.3. Principales démarches en cours dans les autres cantons

Il serait impossible de citer toutes les démarches qui ont actuellement lieu dans les diverses régions de la Suisse, tant leur nombre est élevé et ne cesse de croître. Quelques initiatives seulement seront mentionnées ici.

Cinq cantons (Berne, Grisons, Lucerne, Soleure et St-Gall) se lancent actuellement dans une démarche d'accréditation qui s'inspire, à l'instar des CTR vaudois, du modèle anglo-saxon. Le canton de Zurich entreprend une démarche qui est en revanche plus orientée vers la mise sur pied d'indicateurs qualité. Les hôpitaux universitaires genevois s'apprêtent à créer plusieurs postes de responsables qualité. Depuis quelques années déjà le canton de Soleure procède à l'évaluation des EMS sis sur son territoire à l'aide de normes et de visites d'accréditation. Au Tessin, l'Ente ospedaliero cantonale soutient divers projets qualité dans les hôpitaux tessinois (revue d'hospitalisation, mesure de la satisfaction des patients, analyse de processus,

etc.). Quelques établissements ont été certifiés selon la norme ISO 9001 (notamment dans les cantons de Zurich et de Neuchâtel) et d'autres se préparent actuellement à une telle certification.

A l'échelon national, une communauté de travail pour la promotion de la qualité en santé publique (CNQ) a été fondée en mai 1995. Ses membres sont des représentants des principaux partenaires du système sanitaire suisse. Comme la CNQ dispose de ressources très limitées et que ses positions sont prises de manière consensuelle, son rôle actuel se limite à celui d'une plate-forme d'échanges, et il très improbable que la CNQ devienne un jour une véritable instance de référence nationale en matière de qualité. La seule activité visible et concrète de la CNQ consiste en la publication du bulletin d'information NAQ-News, qui offre au lecteur divers reflets de projets qualité conduits dans notre pays.

3. Enjeux

Si la qualité a toujours été une préoccupation des professionnels de la santé, les actions entreprises en vue de promouvoir explicitement la qualité des soins sont néanmoins récentes. Quatre facteurs au moins expliquent ce développement :

- la diminution des ressources disponibles pour le secteur de la santé suscite la crainte que la qualité des soins en souffre;
- les attentes de la population changent : cette dernière exigera de plus en plus souvent qu'on lui rende des comptes, qu'on lui fasse la démonstration que les prestations fournies sont de qualité;
- à partir du moment où la concurrence s'intensifie, la qualité devient un critère de choix, et donc un enjeu fondamental;
- les mécanismes de financement futurs (paiement par pathologie ou par capitation, par exemple) vont probablement entraîner un transfert important du risque financier sur les fournisseurs qui pourrait conduire à une baisse de la qualité.

A l'heure actuelle on observe un foisonnement d'initiatives isolées (évoquées ci-dessus) qui ne semblent pas s'inscrire dans une stratégie globale de promotion de la qualité des soins. Ces initiatives sont fortement influencées par la mode - ISO 9000, Total Quality Management (TQM), etc. - et à ce jour peu d'efforts ont été entrepris en vue de mettre en évidence la manière dont les diverses démarches qualité devraient s'articuler. Bon nombre d'établissements recherchent la marche à suivre afin de maîtriser la qualité de leurs prestations ('quality control') mais ils craignent de s'engager dans une voie qui ne correspondrait pas à celle préconisée par les organismes payeurs (pouvoirs publics et assureurs). Ces derniers n'ayant pas précisé leurs attentes, il en résulte une situation relativement chaotique qui pourrait s'aggraver si aucune mesure n'est envisagée, vu l'intérêt croissant des fournisseurs de soins pour la promotion de la qualité. Si chacun adopte sa propre définition de la qualité ou développe ses propres normes, il deviendra difficile pour la population de se faire une opinion concernant la qualité des établissements de soins et, par

conséquent, de faire des choix informés. Un tel laisser-faire nuirait à la crédibilité des démarches qualité. De plus, la recherche de synergies permettrait sans doute de réduire les coûts et les délais de mise en œuvre des projets entrepris.

A l'instar de pays tels que le Danemark, la Norvège ou le Canada, il semble donc nécessaire que les pouvoirs publics définissent leur rôle et formulent une stratégie de promotion de la qualité dans les institutions de soins. Cette stratégie devrait tenir compte du dispositif existant, en particulier de la police sanitaire, même si celle-ci ne peut jouer qu'un rôle limité dans le cadre d'une véritable promotion de la qualité.

Dans cette perspective il faut garder à l'esprit que ni l'État ni personne n'est en mesure de garantir la qualité des soins et qu'il faut donc être prudent par rapport à cet engagement. En revanche, on peut toujours évaluer et améliorer la qualité, c'est pourquoi les Américains parlent volontiers de "Quality Assessment and Improvement", expression qui peut être traduite par "évaluation et amélioration de la qualité" ou "promotion de la qualité".

4. État des lieux

4.1. Définitions de la qualité

Il existe de nombreuses définitions de la qualité, parmi lesquelles nous ne mentionnerons que celles le plus fréquemment citées. En 1990 l'Institut américain de la médecine (IOM : Institute of Medicine) a défini la qualité des soins comme la «capacité des prestations de santé destinées aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé escomptés, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment»³.

Dans la norme ISO 8402 de 1994, l'Organisation internationale de normalisation définit la qualité comme «l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites» (une entité peut être, par exemple, un produit, un service, un processus ou une activité). La définition de l'IOM se fonde avant tout sur le point de vue des fournisseurs de soins et celle de l'ISO tend à considérer en premier lieu les attentes des clients. En outre, cette dernière est difficilement applicable au secteur sanitaire, où l'asymétrie d'information et l'assurance-maladie sont simultanément présentes.

De surcroît, la perspective des organismes payeurs (pouvoirs publics et assureurs) n'est pas prise en considération dans ces deux définitions parce que les coûts n'y sont pas mentionnés. Dès lors, afin de tenir compte du triple point de vue des patients, des fournisseurs et des payeurs, tous légitimes et complémentaires, nous proposons une troisième définition qui remédie à cette lacune : «Capacité des soins à satisfaire aux besoins des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles».

³ «Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge». Source : Lohr KN (ed). Medicare : a strategy for quality assurance (Volume I). Washington, DC : National Academy Press, 1990, p.21.

4.2. Stratégies possibles

On peut distinguer trois principales stratégies de promotion de la qualité des soins : la réglementation, l'autorégulation et la concurrence.

La réglementation est basé sur un principe relativement simple : des normes sont édictées, des inspecteurs vérifient qu'elles sont respectées, des sanctions sont prises à l'égard des institutions ou personnes qui ne satisfont pas aux exigences.

La réglementation comprend diverses formes de police sanitaire telles que la nécessité d'obtenir une autorisation de pratiquer ou d'exploiter. Il s'agit par exemple de vérifier que les personnes qui fournissent des soins ont acquis la formation nécessaire ou que les équipements sont correctement installés et entretenus. Plusieurs articles de la LSP et de la LAMal relèvent de cette stratégie (voir point 2.1).

L'autorégulation s'appuie sur les initiatives prises par les fournisseurs de soins en vue d'évaluer et améliorer la qualité de leurs prestations. Une grande confiance est ainsi accordée aux professionnels de la santé.

L'autorégulation comprend notamment la formation permanente, l'assurance qualité interne et l'accréditation (ou la certification) volontaire des établissements. Elle inclut les revues de dossiers, qui sont d'ailleurs pratiquées de longue date par les médecins. L'accréditation et la certification comptent parmi les formes les plus courantes de l'autorégulation. Elles peuvent être définies comme la reconnaissance formelle de la compétence d'une institution à exécuter des tâches spécifiques. Cette reconnaissance résulte d'une démarche volontaire par laquelle l'institution apporte la preuve qu'elle satisfait à un certain nombre d'exigences préalablement définies et se soumet dans ce but à une vérification périodique effectuée par un organisme extérieur.

La concurrence consiste à mettre à disposition des usagers ou des financeurs des informations leur permettant de choisir les fournisseurs. Pour assurer leur survie, ces derniers doivent améliorer la qualité de leurs prestations car elle devient un critère de sélection.

Les informations fournies peuvent concerner les structures, les processus ou les résultats des soins. Il peut s'agir par exemple de données relatives à la formation des professionnels, aux temps d'attente avant une intervention, à la satisfaction des personnes prises en charge ou à la mortalité liée à une intervention spécifique.

4.3. Forces et faiblesses des différentes stratégies

La réglementation ne peut pas être considérée comme un véritable outil de promotion de la qualité car l'inspection vise uniquement à vérifier que les conditions minimales de pratique ou d'exploitation sont remplies. Elle a néanmoins un rôle de garde-fou qui ne devrait en aucun cas disparaître : il en va de la sécurité des patients. Mais de tels contrôles, qui visent à éviter et sanctionner les abus et les fautes graves, n'ont d'autres effets que l'élimination des "moutons noirs" : leur impact sur la qualité des soins fournis par l'ensemble des professionnels est négligeable.

De par sa nature, l'autorégulation est mieux comprise et mieux acceptée par les professionnels de la santé. Comme eux-mêmes établissent alors les exigences auxquelles ils estiment devoir satisfaire, les démarches qualité entreprises dans ce cadre résultent habituellement d'une sincère intention d'améliorer les prestations. En outre, l'évaluation étant effectuée par des pairs, elle prend une valeur et une importance plus élevées que le jugement d'inspecteurs sans grande notoriété auprès des gens du terrain. Il est donc plus facile de proposer et de mettre en œuvre des changements de pratique ou d'organisation.

L'autorégulation peut néanmoins se transformer en un exercice de défense des intérêts des fournisseurs de soins au détriment des autres partenaires du système sanitaire. Les normes peuvent être élaborées de manière telle qu'elles visent en premier lieu à protéger ceux qui s'engagent à y satisfaire. Il est également possible qu'en raison de pressions diverses les pairs cessent de jouer leur rôle d'évaluateurs impartiaux.

A l'opposé de l'autorégulation, la concurrence oblige les fournisseurs à mettre à disposition du public des informations les concernant et à accepter la comparaison

avec d'autres. Potentiellement, elle permet aux usagers et aux financeurs d'exercer une forte influence sur les fournisseurs de soins. En outre, elle correspond au courant actuel de consumérisme, selon lequel le patient, rejetant le paternalisme médical traditionnel, est un client capable de choisir les prestations qui lui conviennent au mieux.

Cependant, les informations sur lesquelles la concurrence devrait se fonder sont très lacunaires, d'une part à cause du sous-développement notoire des systèmes d'information de la plupart des institutions sanitaires de notre pays, d'autre part en raison des difficultés à élaborer des indicateurs qui reflètent la qualité des soins de manière fiable et valide. Comme la valeur des indicateurs dépend de nombreux facteurs autres que la qualité des prestations fournies, il est nécessaire d'ajuster les résultats en fonction de ces facteurs, parmi lesquels le type de patients traités (casemix) joue un rôle important. Il serait par exemple totalement erroné de croire qu'un hôpital pour lequel le taux de mortalité est bien au-dessus de la moyenne fournit nécessairement des soins de mauvaise qualité : si la sévérité des affections traitées dans cet établissement est élevée, il est logique que la proportion de décès y soit plus grande. Aucune conclusion sur la qualité des soins ne pourrait être tirée. Il serait même dangereux et inacceptable d'utiliser un tel taux de mortalité pour juger de la qualité des prestations, car ce taux élevé pourrait justement s'expliquer par les compétences remarquables des professionnels qui travaillent dans cet établissement et attirent ainsi des patients gravement malades qui ne peuvent être pris en charge ailleurs.

D'autre part, en l'absence d'un indicateur unique qui synthétiserait la performance globale d'un établissement donné, il semble illusoire de vouloir établir une sorte de guide Michelin des institutions de soins. Ce dernier ne pourrait se fonder que sur un certain nombre d'indicateurs couvrant une partie seulement des activités, au risque d'ignorer des éléments importants de la prise en charge des patients. De surcroît, la publication d'un tel guide pourrait provoquer des réactions de défense de la part des fournisseurs, qui perdraient leur énergie à justifier leur situation au lieu de consacrer

cette énergie à l'amélioration de la qualité. Néanmoins, il serait utile que les patients puissent obtenir des informations comparatives concernant les affections dont ils souffrent afin d'orienter leur choix (par exemple, un patient diabétique affilié à un plan de santé devrait pouvoir choisir son médecin de premier recours après avoir examiné une liste indiquant les années de formation et l'expérience en endocrinologie). Dans la mesure où elle n'a aucune visée punitive, une présentation objective des caractéristiques de chaque établissement (tel que le nombre d'interventions - par catégorie - effectuées annuellement) serait très souhaitable.

Il ne faut pas oublier que la concurrence peut aussi avoir un effet négatif sur la collaboration entre institutions des soins. Se percevant comme rivales, ces dernières peuvent se replier sur elles-mêmes et refuser de participer à des projets communs qui pourraient, par exemple, améliorer la continuité des soins ou économiser des ressources en évitant des duplications d'actes médicaux ou d'équipement sanitaire.

A ce jour l'influence de la stratégie de la concurrence sur le comportement des fournisseurs de soins et des usagers n'est pas démontré. En particulier, il n'est pas certain que les usagers vont vraiment faire usage des informations mises à leur disposition pour décider de l'établissement dans lequel il voudront se faire traiter. Des relations établies de longue date avec un médecin, la proximité géographique, l'habitude des lieux ou des facteurs similaires pourraient être bien plus déterminants que des données publiées.

En conclusion, si l'on considère que la réglementation n'est pas une véritable stratégie de promotion de la qualité, l'État peut envisager deux démarches : d'une part, l'accréditation et la certification, d'autre part, la concurrence et l'information qui lui est associée. Dans le premier cas, les professionnels concernés définissent les exigences auxquelles ils estiment devoir répondre afin d'évaluer et améliorer de manière continue la qualité de leurs prestations, et des collaborateurs d'un organisme extérieur sont chargés de vérifier périodiquement que les institutions qui veulent être accréditées remplissent effectivement ces exigences. Dans le second cas, il est demandé aux professionnels de la santé de fournir des données sur la qualité des

prestations dans un but de comparaison et d'information. L'une de ces approches peut être introduite isolément, ou les deux approches peuvent être utilisées simultanément, car elles sont complémentaires.

4.4. Tendances actuelles

4.4.1. Accréditation et certification

Il existe deux modèles de certification et accréditation : le modèle anglo-saxon, dans lequel un hôpital se fait accréditer, et le modèle ISO, dans lequel une entreprise se fait certifier. Le premier modèle, dominant dans le secteur sanitaire, a été introduit depuis de nombreuses années aux États-Unis, au Canada, et en Australie. Il s'étend maintenant à un grand nombre d'autres pays : Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie, Espagne, France, divers pays de l'Europe de l'Est, Suisse... Contrairement au modèle anglo-saxon, qui a été conçu essentiellement pour le domaine sanitaire, le modèle ISO, plus récent, émane de secteurs autres que celui de la santé, en particulier de ceux de l'armement, du nucléaire, de l'électronique et de l'industrie automobile. Ce modèle étant peu spécifique, il peut être appliqué au secteur des services et à celui de la santé en particulier, mais il nécessite alors une certaine adaptation. Dans plusieurs pays européens des tentatives sont en cours en vue de mettre en œuvre des procédures d'accréditation basées simultanément sur le modèle anglo-saxon et le modèle ISO, ceci en parfaite cohérence avec le récent mouvement international de convergence de ces deux modèles. Divers aspects leur sont communs, notamment l'élaboration de normes et l'organisation de visites au cours desquels une ou plusieurs personnes indépendantes de l'institution visitée évaluent la conformité aux normes.

Une caractéristique intéressante des normes de la famille ISO 9000 est qu'elles ne contiennent pas d'exigences précises quant au produit ou au service fourni, mais qu'elles se concentrent avant tout sur les activités considérées comme essentielles pour maîtriser la qualité des prestations (élaboration de procédures, collecte d'informations, etc.). En d'autres termes, si une institution veut répondre à ces

normes, elle doit mettre en œuvre son propre système qualité, à savoir : prévoir ce qui doit être fait, prévoir comment le faire, écrire ce qui a été prévu, faire ce qui a été écrit, vérifier ce qui a été fait et corriger les non conformités. La mise en place d'un système qualité oblige donc le fournisseur, quel qu'il soit, à décrire la manière dont il fabrique ses produits ou fournit ses services et à démontrer par des données systématiquement enregistrées qu'il procède vraiment comme il l'indique.

Si l'on achète des produits complexes, il est fastidieux et peu rentable de vérifier que chacun de ceux-ci correspond aux spécifications communiquées au fabricant. Dans un tel cas, le client s'intéressera plutôt aux procédures de fabrication et exigera la preuve qu'elles sont rigoureusement suivies. Il pourra avoir confiance dans le produit qu'il achète, car il saura qu'il a effectivement été réalisé de la façon prévue. C'est le principe fondamental des normes de la série ISO 9000 : elles ne s'appliquent pas directement au produit ou au service mis sur le marché, mais elles exigent que le fournisseur mesure et réduise autant que possible l'écart entre la description des processus et leur réalisation.

Bien que certains chapitres des normes ISO 9000 concernent en premier lieu les entreprises du secteur secondaire, l'approche générale de ces normes peut convenir au domaine sanitaire. En effet, on ne peut envisager que les financeurs examinent l'état de santé de patients sortis d'un hôpital afin de déterminer la qualité des soins reçus. Un tel contrôle serait non seulement très difficile à mettre en œuvre, mais tout à fait insensé : comme nous l'avons déjà relevé ci-dessus, en raison des caractéristiques biologiques et des maladies concomitantes que chaque patient peut présenter, les meilleurs soins du monde ne produisent pas nécessairement les effets attendus. D'autre part, la simple détection d'un mauvais résultat ne donne aucune information sur la manière dont il pourrait être amélioré. Ce sont donc les processus qu'il faut prendre en considération, et la confiance que l'on peut avoir en un fournisseur de soins dépend essentiellement des preuves que sa pratique réelle est conforme à la description qu'il en donne. De plus, aux yeux des fournisseurs de soins, un système qualité a l'avantage de ne pas imposer une pratique définie, car il

oblige simplement à démontrer que les soins donnés par le fournisseur correspondent bien à ceux que lui-même préconise.

Admettons, par exemple, que des études scientifiques aient démontré qu'après une opération particulière la mobilisation précoce des patients diminue les pertes fonctionnelles dues à cette opération. Si l'hôpital a mis en place un système qualité, il aura donc établi une procédure décrivant clairement les étapes de la prise en charge des patients subissant cette opération et il aura effectué une saisie systématique des différences entre les soins réellement prodigués et ceux qui sont requis selon la procédure. Ainsi, cette procédure pourrait spécifier que le soir de l'opération le patient doit être prié de se lever et de marcher au moins 30 mètres sous la surveillance d'un soignant. Les enregistrements montreraient le pourcentage de patients chez lesquels cette première mobilisation n'a pu être effectuée (pour des raisons qui pourraient d'ailleurs être parfaitement justifiées).

Du point de vue de l'État et des assureurs, un système qualité est donc un moyen de veiller à ce que les prestations achetées résultent de processus de soins bien définis et réalisés comme prévu.

Le modèle d'accréditation anglo-saxon ne se base pas sur l'existence d'un système qualité, mais un certain nombre d'exigences sont similaires à celles des normes ISO, notamment celles qui concernent la responsabilité de la direction de l'entreprise et la maîtrise des données. Le modèle anglo-saxon ayant été élaboré par des professionnels de la santé, il contient des normes plus spécifiques en matière de pratique médicale et infirmière. En outre, des exigences nouvelles ont été récemment introduites afin que les hôpitaux soient non seulement évalués par des visiteurs externes, mais qu'ils transmettent aussi des données correspondant à des indicateurs de processus et de résultat des soins. Aux États-Unis un ensemble de ces indicateurs, appelé IMSystem, a été développé par la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (voir ci-dessous).

A l'instar des normes ISO, le TQM vient également du secteur industriel. Le TQM est avant tout un état d'esprit, une façon de concevoir l'entreprise comme une chaîne

de clients et de fournisseurs internes au service de clients externes. Il met l'accent aussi bien sur l'engagement des dirigeants que sur le rôle de chaque collaborateur en matière de qualité, sur la motivation de tout le personnel à satisfaire aux attentes des clients (internes et externes) et sur une méthode permettant d'améliorer continuellement les processus. Le TQM part du principe que chaque collaborateur souhaite faire de son mieux et que les problèmes liés à la qualité proviennent le plus souvent de défauts à rechercher dans les processus. Le TQM est donc à l'opposé de toute approche punitive consistant à vouloir hausser le niveau de la qualité par l'élimination des mauvais éléments.

4.4.2. Diffusion d'information sur la qualité des prestations

Pour promouvoir la qualité par la concurrence et l'information, il faut que les institutions de soins mesurent la qualité à l'aide d'indicateurs concernant les structures, les processus et les résultats des soins. Les données récoltées sont ensuite comparées à des valeurs de référence - par exemple des valeurs provenant d'autres institutions particulièrement performantes ("benchmarking") - dans le but d'identifier les écarts de performance, et d'agir en conséquence; l'établissement d'un contrat de prestations s'apparente en partie à cette démarche.

HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set), dont la version 3.0 a été introduite récemment, est un des ensembles d'indicateurs les plus connus à l'heure actuelle. Il compte plus de 150 indicateurs portant entre autres sur l'efficacité et l'accès aux soins, la satisfaction des usagers et les informations transmises aux usagers. Ces indicateurs sont utilisés aux États-Unis pour évaluer les plans de santé (managed care plans).

IMSystem est un ensemble de 42 indicateurs développés par le Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Ils concernent les soins obstétricaux, périopératoires, cardio-vasculaires, oncologiques et traumatologiques, ainsi que la prescription médicamenteuse et l'hygiène hospitalière. L'utilisation de ces indicateurs est complémentaire aux visites d'accréditation, les établissements qui

veulent être accrédités devant communiquer leurs données correspondant à ces indicateurs.

4.4.3. Liens entre les démarches

Le modèle anglo-saxon, le modèle ISO et le TQM sont à la fois différents et complémentaires. Pour le domaine sanitaire, au système qualité du modèle ISO, qui peut être mis en place dans n'importe quelle entreprise, devraient s'ajouter des normes basées sur le modèle anglo-saxon, qui seraient donc plus spécifiques de la pratique des professionnels de la santé. De plus, pour que l'accréditation et la certification soient efficaces, le TQM devrait y être intégré afin que les établissements ne se contentent pas d'atteindre un seuil établi à l'avance, mais s'engagent dans une voie d'amélioration continue de leurs prestations en s'appuyant sur une méthode et des outils performants.

Si l'accréditation bénéficie d'une longue expérience (à l'étranger du moins), l'information en est à ses premiers balbutiements. Mais cette dernière va sans aucun doute se développer et, à l'instar du IMSystem américain, s'intégrer à l'accréditation.

5. Conclusions

Il existe plusieurs stratégies de promotion de la qualité des soins, qui présentent toutes divers avantages et inconvénients. Bien qu'elle ne conduise pas à de véritables améliorations de la qualité, la police sanitaire joue un rôle de barrage contre les abus et les fautes graves qui doit être maintenu. L'autorégulation est une stratégie généralement bien acceptée par les fournisseurs de soins. Il faut néanmoins prendre garde à ce que ceux-ci ne la détournent pas de son but premier et en fassent un instrument de défense de leurs intérêts particuliers. L'information est une stratégie prometteuse, mais à court terme elle est difficile à mettre en œuvre car il n'existe encore qu'un nombre très restreint d'indicateurs à la fois valides et fiables dont il faut disposer à cet effet.

Compte tenu des connaissances actuelles et de l'état du système d'information sanitaire, la stratégie de promotion de la qualité des soins devrait être basée avant tout sur l'accréditation et la certification, l'information demeurant à l'arrière-plan et devant être développée, puis testée, au cours des prochaines années.

Quelle que soit la stratégie choisie, il est capital de clairement distinguer entre planification sanitaire et promotion de la qualité. La première vise à faire correspondre l'offre en soins avec les besoins de la population, la seconde à améliorer la pratique des professionnels de la santé. Si cette différence majeure n'est pas respectée, il est quasi certain qu'aucune stratégie de promotion de la qualité des soins n'aboutira à un moindre résultat.

Finalement, la promotion de la qualité ne devrait pas être qu'une simple mesure d'accompagnement - un garde-fou - d'une réforme sanitaire, mais en être un des piliers au même titre que les mécanismes de financement ou la planification hospitalière.

6. Recommandations

6.1. Réglementation

1. Une police sanitaire devrait être maintenue, afin de veiller à ce que les normes minimales de sécurité soient satisfaites. En effet, il faudra toujours vérifier, par exemple, que les dispositifs d'alarme en cas d'incendie fonctionnent correctement ou que les patients et le personnel sont protégés contre les radiations.
2. Il serait par contre souhaitable de revoir et d'améliorer les procédures et les méthodes d'inspection. Le recours à un échantillonnage des institutions ainsi qu'une surveillance plus ciblée - activités et prestations à haut risque - permettraient d'accroître l'efficacité de l'inspection.

6.2. Autorégulation

3. L'État devrait cautionner un mécanisme - tel que l'accréditation - par lequel des tiers reconnus effectuent une surveillance de la qualité et donc encourager la mise sur pied d'institutions indépendantes chargées d'évaluations externes.
4. L'accréditation devrait reposer autant sur une évaluation du système qualité mis en place que sur des exigences concernant les structures, processus et résultats des soins. Ainsi, des scores de satisfaction des patients doivent être considérés en tenant compte notamment de la pertinence des questions posées, de la validité et fiabilité du questionnaire, du mode de recueil des données, du taux de réponse et de la façon dont les scores de satisfaction sont utilisés pour améliorer les processus de soins. Au lieu de se focaliser sur les taux de mortalité, on estime aujourd'hui qu'il est plus important de savoir si une revue systématique des décès est pratiquée et si une analyse des causes ainsi qu'une recherche des mesures correctives ou préventives sont entreprises. C'est pourquoi l'introduction du TQM devrait figurer parmi les exigences à respecter pour être accrédité.

5. L'accréditation devrait aussi servir de moyen par lequel les établissements communiquent entre eux leurs échecs et leurs réussites en matière de qualité des soins. Les visites d'accréditation n'auront guère d'effets positifs si le personnel de l'établissement concerné a l'impression d'être inspecté par des bureaucrates pointilleux dont la seule mission est d'attribuer un score de conformité pour chacune des normes d'accréditation. Les visites devraient donc être effectuées par des personnes qui soient à la fois indépendantes des institutions qui souhaitent se faire accréditer et bien informées des réalités auxquelles ces institutions sont confrontées. L'évaluation étant faite par des pairs, si une institution de soins a effectué une démarche qualité particulièrement réussie, l'accréditation, par les échanges qu'elle suscite, peut promouvoir une telle démarche dans d'autres établissements et contribuer ainsi à une véritable amélioration de la qualité.
6. Il faudra prendre des mesures pour que les institutions de soins ne soient pas contraintes de répondre à des exigences multiples et peu cohérentes, faute de coopération entre les organismes chargés de les accréditer. L'État devrait donc exiger que les normes appliquées s'inscrivent dans un même cadre. Il devrait par ailleurs veiller à ce que les normes soient suffisamment évolutives afin qu'elles ne freinent pas l'innovation.
7. A terme, il est souhaitable que des normes nationales, voire internationales, soient élaborées afin d'éviter que chacun développe ses propres exigences et place les institutions de soins dans des situations très frustrantes et inconfortables. Le cas échéant, un hôpital figurant sur plusieurs listes cantonales d'établissements reconnus et souhaitant être accrédité devrait être évalué par plusieurs équipes de visiteurs se référant à des exigences différentes, voire contradictoires.

Dès lors, en l'absence d'une organisation influante et disposant des ressources nécessaires, il nous semble que l'établissement de normes et d'indicateurs nationaux ne pourra résulter que des efforts entrepris par des cantons

s'accordant pour concevoir et mettre en œuvre une stratégie commune. Il faudrait donc que l'État n'hésite pas à soutenir des initiatives locales, mais qu'il entretienne simultanément des relations étroites avec d'autres cantons, en particulier romands, en vue d'une harmonisation des exigences liées à l'accréditation.

8. L'accréditation ne devrait pas être une condition pour figurer sur la liste des établissements exigée par l'article 39 de la LAMal. Néanmoins, si l'inscription sur cette liste devait malgré tout dépendre du respect de certaines normes qualité, il faudrait que ces dernières soient cohérentes par rapport aux normes d'accréditation. Il faut à tout prix éviter que les outils de promotion de la qualité, tels que l'accréditation, dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins, ne se transforment en moyen de punir ou d'éliminer des institutions que l'État ne souhaite plus financer. Il serait très regrettable que l'accréditation devienne la servante de la planification hospitalière. Le cas échéant, elle perdrait toute valeur aux yeux des personnes qui fournissent des soins. En outre, notre expérience encore très limitée de l'accréditation ne nous autorise pas à l'utiliser pour prendre des décisions aussi importantes que l'exclusion d'un établissement.
9. Il faut garder à l'esprit le développement prévisible du système sanitaire, dans lequel les frontières entre institutions tendent à rapidement s'estomper. Des nouveaux réseaux de soins se constituant, à moyen terme l'accréditation devrait porter plutôt sur ces réseaux que sur des établissements isolés. La continuité des soins et la coopération entre les diverses catégories de professionnels de la santé feront l'objet d'une attention croissante. D'autre part, les réseaux devraient avoir des exigences particulières à l'égard des professionnels de la santé et restreindre leur collaboration à ceux qui y satisfont.

6.3. Information et concurrence

10. L'élaboration d'indicateurs - comme par exemple le pourcentage de patients avec infarctus du myocarde pour lesquels une thrombolyse a été effectuée dans les 6

heures suivant l'infarctus - nécessite des études de longue haleine. Vu les difficultés d'élaborer des indicateurs valides et fiables, il est indispensable de se fonder sur un ensemble de mesures déjà testées à grande échelle. L'État devrait favoriser l'adaptation locale ainsi que l'introduction de telles mesures, notamment par leur utilisation dans les contrats de prestations.

11. Après des fournisseurs, l'État devrait favoriser les échanges d'idées et d'expériences et promouvoir la diffusion d'informations sur les innovations afin qu'elles puissent être promptement mise en œuvre par l'ensemble des partenaires sanitaires.
12. Les règles de financement et les incitatifs associés influencent le comportement des soignants. Plus le risque financier est reporté sur les fournisseurs de soins, plus la qualité est menacée. L'État devrait donc clairement informer la population de ces règles et de ces incitatifs.
13. L'État devrait veiller à ce que les informations mises à disposition des usagers servent en premier lieu à orienter leurs choix et qu'elles ne soient pas utilisées pour sanctionner les fournisseurs qui ont communiqué ces informations.

6.4. Autres recommandations

14. Dans chaque réseau des conseils de la qualité devraient être créés, comprenant des représentants non seulement des fournisseurs de soins, mais aussi des patients. Ces conseils devraient superviser les systèmes d'amélioration de la qualité et veiller à ce que les incitatifs économiques n'affectent pas la qualité des soins.
15. L'État devrait disposer de collaborateurs connaissant les instruments de gestion et d'amélioration de la qualité - en offrant au besoin la formation nécessaire - afin qu'ils aient une bonne compréhension des techniques et des difficultés liées à la mesure de la qualité. Ils pourraient ainsi établir un dialogue constructif avec

les fournisseurs de soins, voire proposer des solutions à certains de leurs problèmes.

16. L'État devrait non seulement partager son savoir en matière de qualité, mais il devrait aussi faire preuve de leadership dans ce domaine et réaliser en son sein des démarches qualité pouvant même servir d'exemple aux partenaires sanitaires. Sa crédibilité en serait renforcée.
17. L'État devrait soutenir financièrement des projets qualité particulièrement intéressants, prometteurs ou innovateurs. Un fonds de promotion de la qualité des soins pourrait être créé à cet effet, dont la gestion serait confiée à un groupe de personnes comprenant entre autres des fournisseurs de soins. Ces derniers étant associés aux décisions relatives à la sélection et au financement des projets, les objectifs et les priorités concernant la qualité pourraient être discutés, partagés et acceptés par les représentants de l'État et des fournisseurs de soins.

Quelques ouvrages et articles de référence

Livres

Blanc T, Deschamps E. L'hôpital de Saint-Loup/Orbe à l'écoute de ses patients. Lausanne: Service de la santé publique du canton de Vaud, 1995.

Brennan TA, Berwick DM. New Rules · Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1996.

Burnand B, Paccaud F (eds). Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997 (Raisons de santé no. 1).

Lohr KN (ed). Medicare : a strategy for quality assurance (Volume I & II & Proceedings). Washington, DC: National Academy Press, 1990.

Scrivens E. Accreditation · Protecting the Professional or the Consumer ? Buckingham: Open University Press, 1995.

Sussland WA. Le manager, la qualité et les normes ISO. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 1996.

Articles

Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N. Eng. J. Med., 320, 53-56, 1989.

Blanc T. Que peut offrir la théorie de l'amélioration continue de la qualité aux institutions de soins ? Cahiers médico-sociaux 39, 309-320, 1995.

Campion FX, Rosenblatt MS. Quality assurance and medical outcomes in the era of cost containment. Surgical Clinics of North America 1996; 76(1): 139-159.

Delande G. L'accréditation est-elle utile ? Gestions hospitalières 1996 (décembre); 730-734.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, 260, 1743-1748, 1988.

Guillain H. Accréditation des hôpitaux: systèmes anglo-saxons et normes ISO. Hôpital suisse 1995; 11: 18-23.

Paccaud F. Contrôle de la qualité des soins: aspects épidémiologiques. Schweiz. med. Wschr., 123, 254-260, 1993.

Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N. Eng. J. Med.*, 319, 1220-1222, 1988.

Santos-Eggimann B, Blanc T. Les revues d'hospitalisation: pour une utilisation des lits plus appropriée. *Médecine & Hygiène* 1996; 54(2104): 314-318.

Scrivens E. Assessing the value of accreditation systems. *European Journal of Public Health* 1997; 7(1): 4-8.

Shaw CD. Accreditation and ISO: International convergence on health care standards · ISQua position paper - October 1996. *International Journal for Quality in Health Care* 1997; 9(1): 11-14.

Stephan JC, Fourcade A. Evaluation et gestion de la qualité · L'accréditation à l'hôpital. *Gestions hospitalières* 1993 (mai); 382-389.

Angell M, Kassirer JP. Quality and the medical marketplace -- following elephants [editorial]. *N Engl J Med* 335(12):883-5, 1996 Sep 19.

Blumenthal D. Quality of health care. Part 1: What is it? *N Engl J Med* 335(12):891-4, 1996 Sep 19.

Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 335(13):966-70, 1996 Sep 26.

Chassin MR. Quality of health care. Part 3: Improving the quality of care. *N Engl J Med* 335(14):1060-3, 1996 Oct 3.

Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* 335(15):1146-9, 1996 Oct 10.

Berwick DM. Quality of health care. Part 5: Payment by capitation and the quality of health care. *N Engl J Med* 335(16):1227-31, 1996 Oct 17.

Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 335(17):1328-31, 1996 Oct 24.