



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C, ÉUA, 25-29 juin 2007

*Point 4.13 de l'ordre du jour provisoire*

CE140/18 (Fr.)

15 mai 2007

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **POLITIQUE ET STRATÉGIE RÉGIONALES POUR ASSURER LA QUALITÉ DE SOINS, Y COMPRIS LA SÉCURITÉ DES PATIENTS**

#### **Introduction**

1. La notion de qualité<sup>\*</sup>, qui recouvre la sécurité du patient, est un attribut de la prise en charge sanitaire qui est essentiel pour aboutir aux objectifs sanitaires du pays, améliorer la santé de la population et assurer la viabilité de la prise en charge médicale, à l'avenir. Pour autant, et en dépit des efforts déployés par les États membres, des défis de taille perdurent en matière de qualité tant dans les nations plus avancées que dans les pays en voie de développement (1-4). Le présent document propose cinq axes stratégiques d'intervention dans le but de rehausser la qualité de la prise en charge sanitaire et la sécurité du patient, en privilégiant les groupes de population plus vulnérables. De même, il propose la création d'un observatoire régional de qualité et, de pair, la formulation par consensus d'une stratégie régionale sur le sujet de la qualité des soins.

#### **Rappel**

2. Le déficit de prise en charge sanitaire de qualité est un fardeau qui pèse lourdement sur la société et les systèmes de soins. Vous trouverez en annexe quelques indicateurs choisis dressant le constat de la qualité de l'aide sanitaire et de la sécurité du patient dans la Région des Amériques. Le manque de qualité se manifeste sous bien des formes, notamment :

---

\* L'Institut de médecine des ÉUA (IOM) définit la qualité comme étant la mesure dans laquelle les services de prise en charge sanitaire : (1) renforcent la probabilité de parvenir à un résultat de santé souhaité, et (2) cadrent avec les dernières connaissances professionnelles. À cette définition s'ajoute l'élément subjectif de qualité qui correspond à ce que l'utilisateur ressent en la matière.

- a) Inefficacité des services de santé, à savoir qu'ils n'atteignent pas le résultat sanitaire escompté. Ce problème se traduit par une variabilité injustifiée dans la pratique clinique, l'apport de soins inopportuns ou superflus, et une forte proportion de soins qui ne cadrent pas avec les dernières connaissances professionnelles. Dans le cas de figure le plus extrême, le manque de qualité rend le service de santé hasardeux, provoquant des dommages matériels ou humains, d'où une augmentation du nombre de recours juridiques contre les professionnels et les services de santé. Au niveau régional, cela se traduit par un nombre excessif de cas de mortalité maternelle et néonatale, d'infection nosocomiale, d'utilisation irrationnelle de médicaments et de fautes chirurgicales.
  - b) Inefficiences des services de santé, à savoir, qu'ils encourrent des coûts supérieurs à ce qui est nécessaire pour obtenir le résultat recherché. Ce phénomène vient nourrir une hausse excessive des charges de santé, sans amélioration correspondante des prestations médicales. Il y a là un coût d'opportunité pour le service sanitaire qui se trouve privé de ressources qu'il aurait pu consacrer, par exemple, à étendre la couverture médicale aux populations plus fragilisées. La faible capacité résolutive du premier échelon de prise en charge est un paradigme d'inefficience puisqu'elle se répercute en termes de pression sur les urgences hospitalières ou de consultations médicales de plus grande complexité.
  - c) Piètre qualité qui se manifeste aussi par des limites d'accessibilité, sous forme de barrières d'ordre administratif, géographique, économique, culturel ou social et une indifférence quant à une perspective de genre en matière de prestation de services de santé. Un état de fait qui se traduit par de longues listes d'attente, des horaires de prise en charge incompatibles avec les créneaux de temps dont dispose l'utilisateur, des distances excessives jusqu'au centre médical, une carence de médicaments dans les dispensaires et une offre de services inadaptée au contexte ou aux préférences culturelles et sociales du citoyen.
  - d) Enfin, une autre expression du manque de qualité est l'insatisfaction de l'utilisateur et des professionnels tout comme des services de santé. À titre indicatif, les citoyens se plaignent de mauvais traitement, du manque de communication et du caractère inadéquat des installations de santé. De leur côté, les professionnels et les agents de la santé sont démoralisés, accablés de travail et, dans les cas les plus extrêmes, victimes de surmenage, ce qui sape plus encore la qualité des services rendus.
3. Cette carence de qualité, imputable à une toute une série de causes, se caractérise par des manquements au plan général (systémique) et particulier, à l'échelon de la prestation de services de santé individuels.
- a) À l'échelon du système, voici quelques facteurs de piètre qualité : 1) l'absence du facteur qualité dans les priorités et le programme de réforme du secteur de la

- santé ; 2) le manque d'encadrement réglementaire de la qualité, par exemple, de normes et de références techniques, de systèmes d'accréditation, d'homologation et d'habilitation et d'une charte énonçant les devoirs et les droits des patients ; 3) l'insuffisance ou l'absence de moyens matériels, humains et financiers ; 4) le manque de systèmes d'information pour gérer convenablement les ressources ; 5) l'absence de liens entre les transferts financiers ou les paiements destinés aux prestataires et la qualité d'exécution et les résultats de santé et 6) la formation d'étudiants du premier, deuxième et troisième cycle dont les critères de référence techniques, déontologiques et humains ne sont pas à la hauteur.
- b) À l'échelon de la prestation des services de santé individuels, voici quelques facteurs de piètre qualité : 1) la démoralisation des travailleurs de la santé ; 2) la faiblesse des compétences et qualifications techniques ; 3) l'absence de travail en équipe et de relations de confiance suffisantes ; 4) la prise en charge selon un modèle paternaliste qui n'associe pas l'utilisateur à l'élaboration des décisions ; 5) le caractère inadéquat des conditions de travail et 6) l'inexistence de carrières professionnelles et de programmes de mise à jour des connaissances.

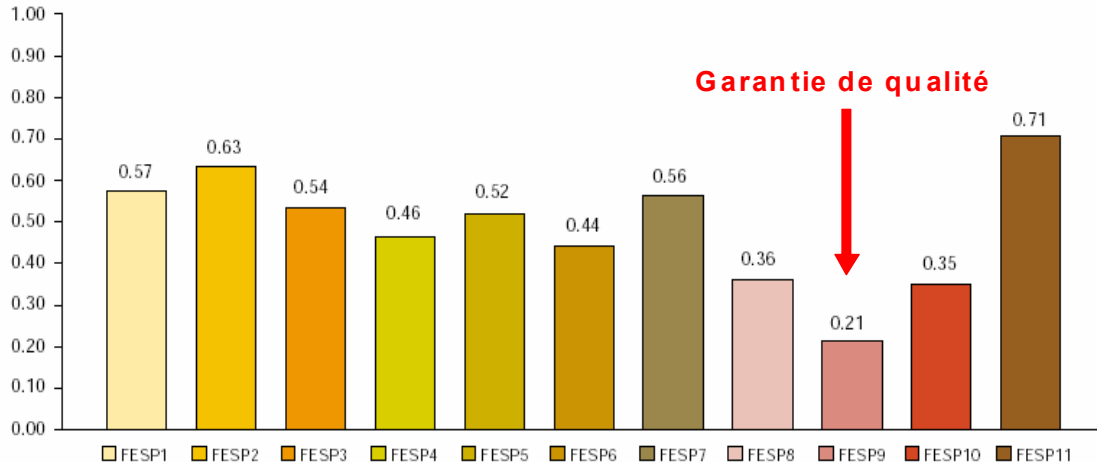
### **Compte rendu sur les progrès accomplis**

4. Ces dernières décennies, divers pays de la Région ont engagé d'importantes initiatives sur le sujet de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients. En voici quelques exemples.
- En février 2001, le Mexique a lancé sa « Croisade nationale en faveur de la qualité », l'objectif étant d'assurer de meilleurs services de santé pour les amener à un niveau de qualité acceptable dans le pays tout entier.
  - Le Pérou a institué un système national d'accréditation des dispensaires et avancé une nouvelle proposition de mise en œuvre pour 2007.
  - L'Argentine s'est dotée de nombreuses instances spécialisées dans l'amélioration de la qualité et d'un programme national « d'habilitation par catégories ».
  - Le Costa Rica est un chef de file en matière d'engagement à assurer la sécurité du patient.
  - Le Brésil a mis au point des exercices importants d'évaluation de la qualité et encouragé l'adoption de stratégies en ce sens, de l'accréditation à la promotion de la sécurité du patient.
  - La Colombie a un système permettant de comptabiliser les effets préjudiciables de la prise en charge sanitaire.

- Le Chili a de solides antécédents en ce qui concerne la menée d'initiatives destinées à endiguer les infections en rapport avec la prise en charge sanitaire.

5. S'agissant des développements en matière de qualité à l'OPS/OMS, l'on peut souligner la publication en 1992 du Manuel d'accréditation destiné aux hôpitaux d'Amérique latine et des Caraïbes (5), qui été très bien accueilli et utilisé dans les pays de la Région. En l'an 2000, l'Initiative sur les Fonctions essentielles de santé publique (FESP) a institué comme fonction nouvelle la « garantie de qualité dans les services de santé individuels et collectifs ». L'importance de cette définition est de deux ordres. Tout d'abord, elle charge les pouvoirs publics de veiller à la qualité de la prise en charge dans le secteur public tout comme dans le privé. Ensuite, elle énonce des éléments précis pour exécuter cette fonction, qui incluent, entre autres, le suivi continu de la qualité, l'évaluation des technologies sanitaires, l'élaboration de normes et l'application d'une méthodologie scientifique dans l'appréciation des interventions de santé. Or, dans l'évaluation des FESP menée en 2002, la fonction nouvelle est la plus mal cotée (6) (voir graphique ci-après).

**Graphique 1: Exécution des FESP dans la Région des Amériques<sup>6</sup>**



6. En mai 2002, les délégués à la 55<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé (AMS) ont adopté la résolution WHA55.18 intitulée « Qualité de la prise en charge : sécurité du patient », laquelle exhorte les États membres à « prêter grande attention au problème de la sécurité du patient » et à « mettre en place et renforcer les systèmes scientifiques requis aux fins d'améliorer la sécurité des patients et la qualité de la prise en charge ». En réponse à cet appel, en 2004, les participants à la 57<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé ont proposé de créer l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient (ALSP), officiellement lancé par le Directeur général de l'OMS en octobre de la même année, au siège de l'OMP/OMS, à Washington (4).

7. En réponse à cette initiative mondiale, l'OPS/OMS a aligné sa stratégie d'amélioration de la qualité sur les objectifs de l'AMSP. En mai 2006 s'est tenu le premier atelier régional des patients en faveur de la sécurité des malades à San Francisco (ÉU), à l'occasion duquel a été créé le premier réseau de responsables régionaux. En mars 2007 a eu lieu le premier atelier régional du Premier défi mondial de l'AMSP sur le thème : « Une prise en charge propre est une prise en charge plus sûre », à San José, au Costa Rica. De plus, la première réunion de travail du Projet de recherche sur la sécurité du patient ou « IBEAS » a été organisée à Buenos Aires, en Argentine, en mars 2007, dans le but d'établir à quelle fréquence surviennent des effets secondaires fâcheux dans plus de 20 hôpitaux d'Argentine, de Colombie, du Costa Rica, du Mexique et du Pérou. L'étude « IBEAS » est un travail collaboratif entre l'AMSP, l'OPS/OMS et le Ministère de la Santé et Affaires de Consommation de l'Espagne.

8. Parmi d'autres initiatives de caractère régional, citons les Centres Cochrane ibéro-américains de médecine factuelle, le Réseau ibéro-américain des indicateurs de qualité, le Réseau méso-américain EPQI d'amélioration continue de la qualité basée sur des preuves et le Groupe d'experts en infirmerie sur la sécurité du patient.

9. En dépit des progrès suscités, rehausser la qualité de la prise en charge reste un défi de taille pour la Région, non seulement en raison de la persistance des difficultés en rapport avec le manque de qualité mais aussi à cause du grand nombre de concepts et d'optiques destinés à la renforcer (1-7). Conjuguée au manque de données disponibles, cette hétérogénéité vient complexifier l'établissement d'un cadre conceptuel et des priorités d'intervention communs. De même, le manque de preuves concernant la rentabilité des stratégies de promotion de la qualité place les décideurs devant un dilemme lorsqu'il faut choisir les politiques et stratégies susceptibles d'influer le plus sur les résultats de la prise en charge sanitaire (1).

### **Proposition**

10. Le contexte et la situation en vigueur au sein de la Région exigent que l'on définisse une stratégie régionale en faveur de la qualité de la prise en charge et de la sécurité du patient. Cette stratégie doit aussi couvrir la prise en charge sanitaire des patients, des familles et des communautés et cibler les groupes de population les plus vulnérables ainsi que les thèmes de santé prioritaires définis dans les Objectifs de Développement pour le Millénaire ODM). Son élaboration nécessitera une analyse complète de la situation et des consultations à l'échelon régional. Dans ce but, nous définissons les axes stratégiques d'intervention suivants.

a) *Placer la qualité de la prise en charge sanitaire et de la sécurité du patient au rang de priorité sectorielle*

- Dialogue sur les politiques à mener avec les autorités nationales dans le but d'incorporer la qualité de la prise en charge et la sécurité du patient dans les politiques sectorielles et les processus de réforme du secteur ;
- Participation et plaidoyer actif au sein de divers forums mondiaux et régionaux ;
- Prise d'engagements politiques pour l'action. (Il est prévu que, en décembre 2008, 20 pays au moins d'Amérique latine et des Caraïbes auront souscrit à l'engagement relatif au Premier Défi mondial pour la sécurité du patient sur le thème : « Une prise en charge propre est une prise en charge plus sûre ») ;
- Identification de personnes de premier plan (« ambassadeurs ») pour défendre ce thème et orientation en faveur de la qualité et de la sécurité de la prise en charge sanitaire ;
- Plaidoyer en vue de l'incorporation de la qualité de la prise en charge et de la sécurité du patient dans les programmes de formation des travailleurs de la santé.

b) *Promouvoir la participation des citoyens sur les thèmes de la qualité de la prise en charge*

- Préparation d'une charte des devoirs et des droits des citoyens et des professionnels de la santé au sujet de la qualité de la prise en charge et de la sécurité du patient, notamment des aspects comme la gestion de l'intimité, de la confidentialité et de la sécurité affective ;
- Intégration dans les services sanitaires des outils servant à évaluer le degré de satisfaction des usagers ;
- Promotion de la menée d'initiatives par les citoyens, et renforcement de ces activités visant l'amélioration de la prise en charge et de la sécurité du patient, et établissement de liens avec les décideurs, les gestionnaires et les sociétés professionnelles. (Il est prévu que, d'ici décembre 2007, cinq pays, au moins, auront lancé des initiatives de participation de ce type).

c) *Produire des informations et des preuves au sujet de la qualité*

- Élaboration et usage, à titre pilote, d'un outil dressant le constat de qualité de la prise en charge et de la sécurité du patient, en dispensaire. (Un rapport final à ce sujet est escompté en décembre 2008) ;
- Compilation et mise à disposition d'informations sur la qualité de la prise en charge et la sécurité du patient, à l'aide de moyens d'informations virtuels ;

- Définition et promotion d'axes d'enquête prioritaires :
  - Point sur les initiatives de promotion de la qualité en Amérique latine et dans les Caraïbes, en passant en revue les articles sur la question et en sondant des intervenants clés. (La publication de ces résultats est prévue pour octobre 2007) ;
  - Sécurité du patient (étude IBEAS). (La publication du rapport final est prévue pour mars 2008) ;
  - Caractère probant des solutions en matière d'hygiène des mains. (La publication du rapport final est prévue pour juin 2008), stratégie PICK de prévention du kernictère et de la rétinopathie chez le prématuré. (La publication du rapport final est prévu pour décembre 2008).
  
- d) *Élaborer des solutions favorables à la qualité, les adapter et appuyer leur mise en œuvre*
  - Compilation et diffusion du matériel, des modèles et des outils existants pour rehausser la qualité, dont les modèles d'amélioration en continu et de garantie de qualité, en plus de la préparation d'un manuel de méthodologies sur la qualité et la sécurité de la prise en charge sanitaire et de directives traitant précisément des infections nosocomiales ;
  - Formation à l'usage des modèles et des outils de promotion de la qualité, à l'aide de cours en ligne comme ceux que dispense le Réseau ibéro-américain de directives de qualité, d'activités pédagogiques avec instructeur en collaboration avec l'AMSP, de cours sur la qualité organisés par l'Agence espagnole de coopération internationale, une formation du Réseau méso-américain EPQI avec le soutien de l'université de Tohoku, au Japon ;
  - Apport de conseils techniques en matière d'élaboration, d'amélioration et de mise en oeuvre des programmes nationaux de promotion de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients, au sein des États membres ;
  - Promotion de la mutualisation des expériences entre les États membres.
  
- e) *Élaborer une stratégie régionale pour rehausser la qualité de la prise en charge sanitaire et la sécurité du patient, à un horizon de dix ans. La méthodologie d'élaboration reposera sur un processus de consultation régional auquel participeront les autorités sanitaires, des chefs de file dans le domaine, des experts et d'autres intervenants compétents. Il s'agira de dresser, par consensus, un cadre conceptuel sur ces deux thèmes et un plan opérationnel régional à quatre échelons différents : du pays, de plusieurs pays, des corps de métier et de plusieurs services de l'administration. La version finale de cette stratégie devrait être prête d'ici 2008.*

11. Ces axes stratégiques d'intervention accorderont la priorité aux groupes de population les plus vulnérables, tout particulièrement à ceux qui figurent dans les ODM. Les thèmes sélectionnés pour le groupe materno-infantile englobent, notamment, la mortalité maternelle, les infections néonatales, la prévention de la rétinopathie chez le prématuré et la prévention du kernictère. En outre, divers sujets de santé seront aussi abordés en priorité, par exemple, les infections nosocomiales (objectif du Premier défi mondial de l'AMSP 2005-6), la chirurgie sûre (objectif du Deuxième défi mondial de l'AMSP 2007-8) et les technologies et médicaments sûrs (sur la base des travaux que vient de mener l'OPS/OMS dans ces domaines).

12. La présente proposition envisage aussi la création d'un observatoire régional consacré à la qualité de la prise en charge sanitaire et à la sécurité du patient, qui sera composé de responsables nationaux en la matière, d'universitaires, de représentants de citoyens, d'agences de coopération internationales et d'ONG. Cet observatoire, qui devrait commencer ses activités en décembre 2007, aura les fonctions suivantes.

- Produire, analyser et disséminer les informations et les solutions en matière de qualité de la prise en charge.
- Œuvrer à faire de la qualité un élément fondamental de l'efficacité et de la viabilité des systèmes de santé.
- Promouvoir la mutualisation des expériences et des solutions entre États membres de la Région et avec d'autres régions du monde.
- Mobiliser des ressources à l'appui des initiatives de promotion de la qualité.
- Apporter son appui à l'élaboration de la stratégie régionale relative à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du patient.

13. Cette proposition s'inscrit dans le projet AMPES THS.0051 « Amélioration de la qualité des services » du budget correspondant à la période biennale 2006-2007 de l'OPS/OMS, dont les objectifs consistent à concentrer les efforts à l'appui des États Membres en vue de l'amélioration de l'état de santé de leurs populations et individus et de l'élimination des barrières à l'accessibilité aux biens et aux services de qualité, en particulier pour les populations vulnérables. La proposition s'inscrit à son tour dans le projet de Plan stratégique 2008-2012 dans l'objectif stratégique 10 (SO10), « d'amélioration de l'organisation, de la gestion et de la prestation des services de santé », définissant comme premier résultat espéré régional (RER) l'appui aux États Membres dans la fourniture d'un accès équitable à des services de santé de qualité, mettant particulièrement l'accent sur les populations vulnérables, et des services de santé qui utilisent des normes reconnues et les meilleures pratiques et faits probants disponibles.

14. Les ressources confirmées pour le développement de la stratégie sur la période allant de juin 2006 à 2008 s'élèvent à un total net approximatif de US \$ 839.000. Quatre-



vingt dix-huit pour cent des fonds proviennent d'un financement hors budget, les sources étant 52% de l'AMSP/OMS, 42% de la coopération espagnole (au titre de la composante du Programme de santé en Ibéroamérique 2005-2007) et 4% provenant d'autres organismes (Commission conjointe-Commission conjointe internationale, Parents de nourrissons et d'enfants avec Kernicterus-PICK). De plus, la coopération espagnole finance le recrutement d'un expert associé en qualité à temps complet. Enfin, des efforts se font pour mobiliser des ressources financières supplémentaires avec la coopération espagnole, l'AMSP/OMS, l'USAID du Gouvernement des ÉUA, le Gouvernement du Japon (JICA) et la Fondation Mérieux.

15. Cette proposition est appuyée également par la collaboration avec divers centres nationaux et internationaux. On peut citer parmi les collaborations les plus marquées :

- a) Commission conjointe-Commission conjointe internationale, centre collaborateur officiel de l'AMSP/OMS pour la conception de solutions concernant la sécurité du patient.
- b) En plus d'autres centres avec lesquels il existe des activités de développement et/ou une relation active, tels que :
  - L'Agence de la Qualité du Ministère de la Santé et de la Consommation d'Espagne, et ses organismes collaborateurs (l'Université espagnole et les services de santé régionaux);
  - la Société internationale pour la Qualité (ISQua);
  - la Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH);
  - la Société argentine de qualité de l'assistance (SACAS);
  - l'Institut technique pour l'accréditation d'établissements de santé (ITAES) d'Argentine;
  - l'Initiative EPQI de l'Université de Tohoku au Japon;
  - le Projet d'assurance de qualité QAP, University Research Co., LLC.

### **Mesures à prendre par le Comité exécutif**

16. Le Comité exécutif est prié de considérer ces axes stratégiques d'intervention et d'apporter son appui à la création d'un observatoire régional sur la qualité, et de formuler des recommandations sur le renforcement de la qualité de la prise en charge sanitaire, notamment de la sécurité du patient.

### Références bibliographiques

1. Management of quality of care: Quality assurance. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/print.html>
2. Healthcare & Quality. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). [sede Web]. Washington D.C.: National Academy of Sciences (NAS); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.iom.edu/CMS/3718.aspx>.
3. Health Research Institute. PricewaterhouseCoopers [sede Web]. New York: Pricewaterhouse Coopers International Limited; [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.pwc.com/us/eng/about/ind/healthcare/hri.html>.
4. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
5. Panamerican Health Organization, Latin American Federation of Hospitals. Quality Assurance; Hospital Accreditation for Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO; HSD/SILOS-13; 1992.
6. Panamerican Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Washington D.C.: PAHO/WHO; Scientific and Technical Publication No. 589; 2002.
7. World Health Organization (WHO). Quality and accreditation in health care services. A global review. Geneva: WHO; WHO/EIP/PSD/2003.1; 2003.

Annexe

**Quelques indicateurs choisis sur le constat de qualité concernant la prise en charge sanitaire et la sécurité du patient dans la Région des Amériques.**

Fonctions et signes de qualité	Quelques indicateurs choisis
Fonction de réglementation aux fins de assurer la qualité, de la part des pouvoirs publics <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seuls 49 % des pays indiquent disposer d'une politique nationale sur la qualité ; 30 % seulement ont un organisme chargé des technologies sanitaires et juste 22 % un service autonome d'accréditation.<sup>a</sup></li> <li>- Seuls 43 % des pays appliquent des normes de qualité.<sup>a</sup></li> <li>- Seuls 27 % des pays ont mesuré des progrès en matière de qualité.<sup>a</sup></li> </ul>
Signes d'inefficacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au Brésil, en 2004, 41,8 % des accouchements ont été effectués par césarienne.<sup>b</sup></li> <li>- Une analyse relative à la productivité de quelques hôpitaux dans les Amériques révèle que le nombre d'examen de laboratoire, à la sortie du patient, s'échelonne de 22,8 à 2,1 par sujet.<sup>c</sup></li> </ul>
Signes d'inefficience	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 51 % des hospitalisations concernent des problèmes de santé susceptibles de prise en charge ambulatoire et, ou au 1er échelon de la prise en charge sanitaire.<sup>d</sup></li> <li>- Dans un hôpital guatémaltèque, le coût du traitement d'une pneumonie d'origine nosocomiale, après le recours à la ventilation artificielle, atteint 1 758 dollars par cas, soit 2,5 plus que le coût des soins prodigués à un patient qui ne contracte pas l'infection.<sup>e</sup></li> <li>- Au Brésil, Passarelli et autres<sup>f</sup> signalent que le séjour en hôpital est prolongé de dix jours en cas de réaction fâcheuse à l'administration de médicaments.</li> </ul>
Signes d'insécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans un hôpital universitaire du Brésil, 61 % des patients âgés ont souffert, au moins, une réaction défavorable à l'administration de médicaments. Parmi eux, ¼ des cas environ avaient reçu de substances inappropriées pour les personnes âgées.<sup>f</sup></li> <li>- Au Mexique, dans un hôpital de soins tertiaires pour pathologies respiratoires, 9,1 % des personnes hospitalisées présentaient des réactions associées aux soins. Parmi elles, 17 % ont souffert d'invalidité à titre transitoire, 52 % ont dû prolonger leur séjour et pour 26 %, ce fut une cause ayant contribué à leur décès. Il a été estimé que 74 % de ces réactions auraient pu être évitées.<sup>g</sup></li> <li>- Au CHU du Honduras, le taux de prévalence des infections nosocomiales, dans des services sujets à vigilance ponctuelle, a atteint 10%.<sup>h</sup></li> <li>- Au Pérou, l'incidence d'infection d'une plaie après opération est de 2,1 pour 100 accouchements par césarienne et l'incidence d'endométrite puerpérale de 1,19.<sup>i</sup></li> </ul>
Signes de manque d'accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En Amérique centrale, 59,1 % des accouchements ont lieu en présence d'un professionnel formé.<sup>j</sup></li> <li>- Dans des villes situées au nord du Brésil, 10 % au moins des femmes ayant sollicité des services de santé dans les trois mois précédant l'évaluation se sont déclarées insatisfaisantes de l'accessibilité aux soins.<sup>k</sup></li> </ul>

<sup>a</sup> PAHO/WHO; Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Scientific and Technical Publication No. 589; 2002. <sup>b</sup>PAHO/WHO. Documento borrador de la ECP de Brasil. OPS/OMS; 2007. <sup>c</sup>OPS/OMS.ACODESS. Ministère des Affaires Étrangères. République Française. La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001. <sup>d</sup>PAHO/WHO, Estudio Regional sobre e Assistència Hospitalar e Ambulatorial

Especializada na América Latina e Caribe. Documento THS/OS/04/2; 2004. <sup>e</sup>Salvatierra-González, R.M. Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina.; Washington D.C.: OPS; DPC/CD/271/03; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/ee-amr-costo-infec-nosocomial.htm>. <sup>f</sup>Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A.; Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005;22(9):767-77. <sup>g</sup>Herrera-Kiengelher L, Chi-Lem G, Baez-Saldana R et al. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico city; *Chest*. 2005 Dec;128(6):3900-5. <sup>h</sup>Kafati R. Informe de actividades de vigilancia de infecciones intrahospitalarias 2006. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. <sup>i</sup>Cárdenas F. Infecciones intrahospitalarias en el Perú. En: I Taller Regional de Atención Limpia es Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. <sup>j</sup>PAHO/WHO, Health situation in the Americas. Basic indicators. PAHO/HDM/HA/06.1; 2006. <sup>k</sup>Atkinson, S. and D. Haran, Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med*, 2005. 60(3): p. 501-13.

- - -