

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**



WHO/WPRO LIBRARY
Manila Philippines

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**

**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITE REGIONAL

WPR/RC43/10

**Quarante-troisième session
Hong Kong
7-11 septembre 1992**

16 juillet 1992

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 14 de l'ordre du jour provisoire

L'ASSURANCE DE LA QUALITE DANS LES SERVICES DE SANTE

Le nombre croissant d'appels au changement et à la réforme des systèmes de santé aux niveaux national, régional et mondial ont fait naître la préoccupation de l'OMS pour la qualité des services de santé. Lors de la réunion du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1992, le Directeur général a souligné que l'accès aux services de santé n'avait aucun sens si la qualité de ces services n'était pas garantie. Dans la Région du Pacifique occidental, ce souci de qualité figurait en bonne place dans le rapport régional sur la seconde évaluation de la stratégie de la santé pour tous, et dans la discussion de ce rapport lors de la quarante-deuxième session du Comité régional à Omiya (Japon) en septembre 1991. Lors de cette session, le Comité a décidé de porter ce sujet à l'ordre du jour de sa quarante-troisième session. Ce document discute de l'historique de la question, des activités régionales en matière d'assurance-qualité, de l'assurance-qualité en tant qu'outil de gestion, ainsi que certaines des prochaines mesures à prendre.

1. INTRODUCTION

La prise de conscience de la qualité comme partie prenante au développement de la santé est essentiellement due à l'écart de plus en plus visible qui se creuse entre les ressources disponibles pour le secteur de la santé et les besoins des individus comme des communautés en matière de services de santé. Dans les pays en développement, les ressources sont déjà exploitées au maximum pour offrir une couverture optimale et assurer l'accessibilité. Même dans les pays développés, l'impérieux besoin de limiter les dépenses est considéré comme une importante menace pour la qualité des services de santé existants.

Ce document étudie certaines des façons dont les services de santé ont traité cette question de la qualité, et certaines des activités qui ont lieu dans la Région du Pacifique occidental. Il présentera ensuite un cadre conceptuel pour élaborer un programme systématique d'activités à l'échelle de la Région, qui utilise des outils de gestion de santé fondés sur le concept de qualité.

La définition la plus largement acceptée pour la qualité des soins de santé nous a été donnée par Avedis Donabedian au milieu des années 1960 : il s'agissait de la mesure dans laquelle les soins réels se conforment aux critères préétablis de bons soins. Grâce à cette définition, les exemples ci-dessous montreront que le secteur de la santé témoigne depuis longtemps d'un souci de qualité, et ce, de différentes façons.

Dans les hôpitaux, les tournées des médecins et les réunions médicales peuvent être considérées comme un moyen de s'assurer que les soins apportés au patient sont conformes aux critères biomédicaux et scientifiques prédéterminés de soins de santé de bonne qualité. Parallèlement, les tournées des infirmières, de même que les procédures de supervision des soins infirmiers, sont conçues pour garantir le respect des critères des soins hospitaliers dans l'optique de la profession. Les administrateurs de santé publique ont mis en oeuvre un certain nombre de méthodes, telles que les revues de programme, la surveillance et l'évaluation des statistiques et l'application des réglementations sanitaires, afin de respecter les critères de soins de bonne qualité, critères fixés pour chaque catégorie de prestataires de soins.

Du point de vue des systèmes de soins de santé, le concept de la qualité n'est donc guère nouveau. En revanche, ce qui est relativement nouveau est l'importante demande de qualité qui provient directement du public qui, lorsqu'il sent que des services curatifs plus efficaces existent, fait naturellement tout ce qu'il peut pour y avoir accès. Par exemple, le public tend à rechercher les services tertiaires plutôt que les services primaires. Bien que le coût de ces services soit souvent prohibitif, la demande peut quand même être insistante, et peut dans de nombreux cas être satisfaite par une meilleure administration. Ceci fait pression sur les décideurs politiques et les administrateurs pour qu'ils trouvent le moyen d'offrir et de distribuer des services abordables de la façon la plus efficace possible. Aussi le besoin de méthodes plus systématiques et complètes se fait-il fortement sentir, qui assurent des niveaux de qualité acceptables par tous les participants au processus des soins de santé, prestataires, tiers-payant, administrateurs parmi lesquels, bien sûr, les prestataires des services. Il s'agit là de la définition de l'assurance-qualité appliquée à la santé. Aussi, ces dernières années, le secteur de la santé a-t-il commencé à adapter des techniques de gestion industrielles et commerciales pour satisfaire le besoin de contrôle-qualité et d'assurance-qualité.

Cette étude, examinant les différents efforts de certains pays de la Région dans ce secteur de la gestion de santé, reflète leur intérêt à faire jouer aux activités systématiques d'assurance-qualité un rôle-clé dans le programme OMS sur le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

2. ACTIVITES REGIONALES EN ASSURANCE-QUALITE

La plupart des pays et zones de la Région s'appliquent, d'une façon ou d'une autre, à améliorer le niveau de qualité des soins qui sont dispensés dans leur service de santé. Dans la seconde évaluation de la santé pour tous, en 1991, 19 pays faisaient explicitement référence à un aspect de leurs activités de santé pour tous, lié à la qualité des soins. En fait, quelques uns seulement des très petits pays, outre ceux dont la couverture de soins de santé est encore le besoin essentiel, ne mentionnaient pas la qualité en tant que préoccupation importante.

Pour ce qui concerne les pays plaçant la qualité parmi leurs préoccupations, le spectre des activités est très large. Le tableau ci-dessous montre les types d'activités principaux que les pays et zones de la Région mènent dans ce domaine. Il ne s'agit pas de montrer toutes les activités d'assurance-qualité qui s'y passent, mais seulement celles auxquelles il est fait référence dans les rapports d'évaluation de la santé pour tous.

Tableau 1. Activités liées à la qualité des soins, par pays et zones

Pays/zone	Politique générale	Plans d'action	Partie de la gestion	Etudes ou projets
Australie	X	X	X	X
Brunéi Darussalam				
Cambodge				
Chine		X		
Etats fédérés de Micronésie				
Fidji			X	
Guam				
Hong Kong	X	X		
Iles Cook			X	
Iles Mariannes du Nord				X
Iles Marshall				
Iles Salomon				
Japon	X			
Kiribati			X	
Macao				
Malaisie	X	X	X	
Mariannes du Nord				X
Nauru				
Nioué				
Nouvelle-Calédonie				
Nouvelle-Zélande	X	X	X	
Palau				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	X			X
Philippines				X
Polynésie française				
République de Corée	X			
République démocratique populaire lao	X			
Samoa				X
Samoa américaines				
Singapour	X	X		
Tokélaou				X
Tonga				X
Tuvalu				X
Vanuatu				
Viet Nam		X		
Wallis et Futuna				

Ce tableau fait état de quatre façons dont les pays traitent la question de la qualité des soins. La catégorie des "déclarations de politique générale" fait référence à des déclarations faites par le Gouvernement sur l'importance de la qualité dans le cadre du développement des soins de santé. Les "Plans d'action" font référence à des groupes particuliers, des institutions ou des niveaux du système de santé qui placent la qualité dans leur processus de planification. Lorsque la qualité fait "partie de la gestion", cela signifie que des mesures sont prises pour intégrer l'idée de qualité à toutes les décisions de gestion de routine. Les "études ou projets" font référence aux activités qui sont menées dans le but d'évaluer ou d'analyser l'application de l'assurance-qualité à un quelconque secteur technique, tel que la pharmacie ou les soins intensifs en hôpital.

L'Australie, la Malaisie et la Nouvelle-Zélande utilisent la qualité des soins comme partie intégrante de leur gestion et développement sanitaires. Depuis un certain nombre d'années, l'Australie dispose d'un programme volontaire pour les hôpitaux, qui est appliqué dans le cadre du système national d'homologation, et géré par le Conseil australien des Normes des Soins de santé pour aider les hôpitaux à appliquer leurs programmes d'assurance-qualité. Le système du conseil d'homologation est également appliqué en Nouvelle-Zélande, où l'on tente d'aller encore plus loin en utilisant des normes de qualité dans le cadre des spécifications des services requis dans les contrats passés entre les nouveaux conseils régionaux de la santé et les instances prestatrices de soins. La Malaisie jouit d'une initiative d'assurance-qualité bien définie depuis 1986. Le but de ce programme est d'améliorer la qualité générale des services en renforçant la gestion des services curatifs et préventifs.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, une étude des installations de santé a eu lieu en 1989, dans laquelle on utilisait la qualité, pour la première fois, comme indicateur d'évaluation de la performance des services (voir Annexe 1). Aujourd'hui, les déclarations d'intention politique reflètent également le sens que la qualité doit faire partie des critères de développement de santé. En août 1992, un séminaire de niveau national s'attachera à dégager les premières mesures de la mise en place d'un programme d'assurance-qualité au niveau national.

Les Iles Cook, Kiribati et le Samoa traitent de la qualité des soins par le biais des services infirmiers. Aux Iles Cook et à Kiribati, les pratiques hospitalières ont été améliorées grâce à l'application de méthodes d'assurance-qualité. Le Samoa a mis à profit le programme de formation infirmière pour souligner la qualité des soins. L'OMS est très active dans son soutien au développement des normes infirmières et ceci devrait amener à des activités d'assurance-qualité plus complètes. Des ateliers sur l'assurance-qualité ont eu lieu à Fidji en 1991 et aux Tonga en 1992. On a pu noter une active collaboration avec l'*American Pacific Nurse Leaders Conference* pour mettre au point des normes. Le travail effectué sur le programme des infirmières généralistes mène aussi directement à l'assurance-qualité, étant donné que ces programmes se fondent de façon importante sur des protocoles de traitement bien développés pour la formation, les soins, la supervision et la gestion.

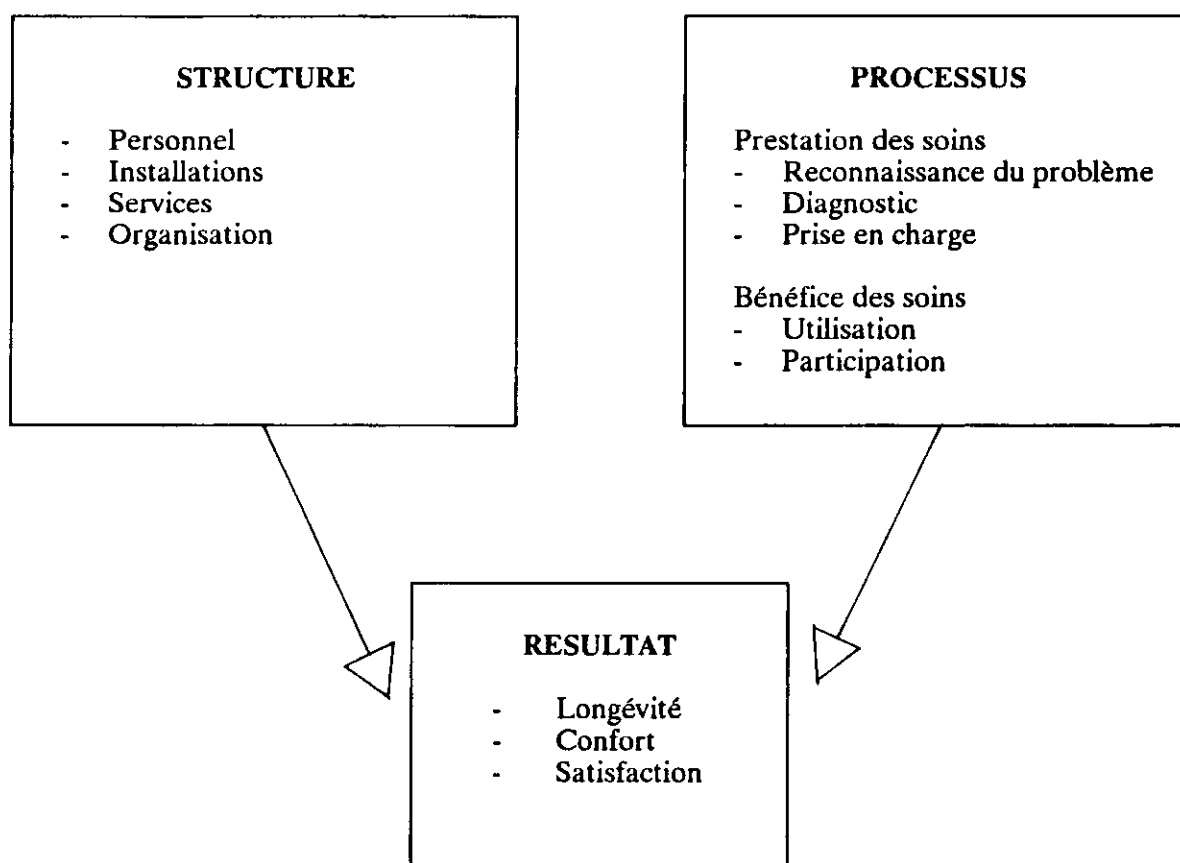
En résumé, la plupart des pays et zones de la Région du Pacifique occidental signalent une préoccupation croissante pour la qualité dans les soins de santé. Afin de promouvoir plus d'action dans ce secteur, il est à présent nécessaire d'élaborer un cadre conceptuel pour organiser des activités de qualité des soins dans la Région.

3. L'ASSURANCE-QUALITE COMME OUTIL DE GESTION DE SANTE

L'emploi de l'assurance-qualité comme outil de gestion de santé consiste à fixer des critères et des normes d'évaluation de la qualité des services de santé, à mettre au point et utiliser des protocoles d'évaluation du respect des normes, puis à améliorer les services d'après cette évaluation.

Un plan d'application des protocoles d'assurance-qualité à la structure, au processus et au résultat des services des soins de santé est illustré en Figure 1 (il s'agit d'une adaptation d'un modèle conçu par le Dr Barbara Starfield, de l'Université Johns Hopkins).

Figure 1. Eléments d'un système de service de santé



Le mot de structure fait référence aux ressources nécessaires à la prestation des services. Cela comprend les agents de santé, les installations, les équipements, l'organisation, le financement et une définition de la population-cible et des services à fournir. On parle généralement d'apports, ou d'infrastructure de santé, ce qui comprend les systèmes par lesquels les services de santé sont gérés et administrés.

Le processus est la façon dont la structure fonctionne en fait. Elle comprend deux parties : la prestation des soins du point de vue du prestataire et du bénéficiaire. La prestation des services comprend la reconnaissance du problème, la formulation du diagnostic, le traitement et la prise en charge du problème à tous les niveaux. Le bénéfice des services par les consommateurs est un processus qui exige leur acceptation et leur utilisation de ces services, ainsi que leur compréhension et leur participation.

"Résultat" signifie changement dans l'état de santé actuel ou à venir des individus ou des communautés. On peut définir ce terme en parlant de longévité, de confort ou de satisfaction, notions appliquées aux capacités physiques. Les résultats positifs comprennent l'amélioration, l'entretien et la restauration de la santé, la capacité à participer à la vie sociale et économique, le soulagement de la douleur et la satisfaction grâce aux soins.

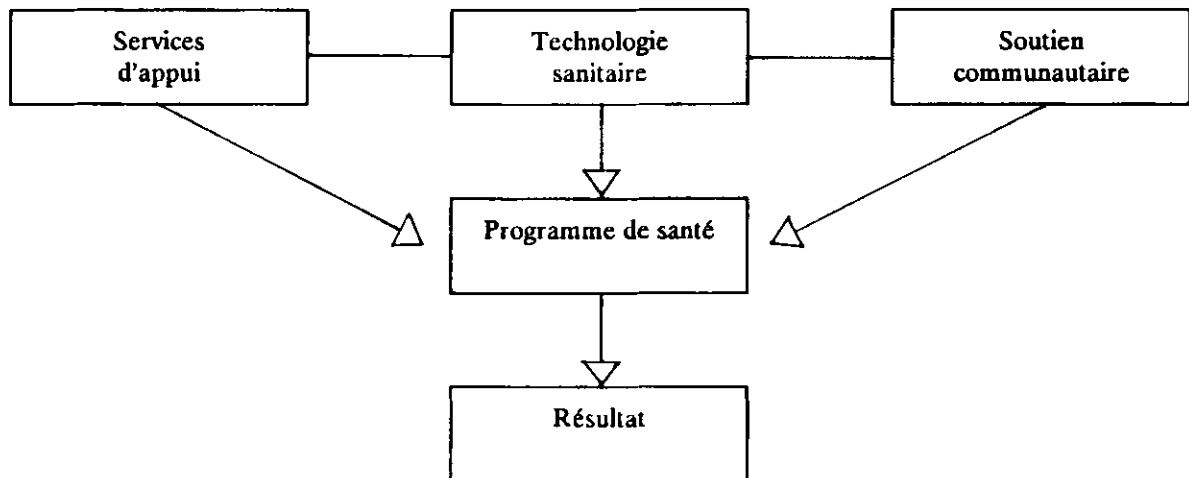
Au cours de l'élaboration de critères de qualité dans chacun de ces éléments des services de santé, il est important de garder à l'esprit 1) que l'intérêt de tous les participants au processus des soins de santé doit être considéré ; et 2) que la structure, le processus et le résultat doivent être considérés ensemble et non pas isolés les uns des autres. On doit aussi garder à l'esprit que les critères et les normes doivent être fixés pour chaque niveau du système de soins de santé.

Aussi, par exemple, si un patient souffre d'un mal de tête et d'une fièvre, est-il suffisant de son point de vue que l'on lui fournisse des remèdes qui traiteront ces symptômes au point de premier contact du système de santé s'il ne souffre que d'un problème simple comme le rhume ou la grippe. Du point de vue de la santé publique, cependant, particulièrement pour les maladies hautement endémiques comme le paludisme, il est peut-être nécessaire au premier niveau de soins de disposer de la capacité de diagnostic et de traitement ou d'orientation pour ces symptômes. Du point de vue biomédical, il devrait également y avoir dans le système un niveau qui puisse traiter des problèmes tels que les tumeurs cérébrales, qui exigent des procédures de diagnostic et de traitement plus sophistiquées. Aussi les protocoles d'assurance-qualité doivent-ils être conçus spécifiquement pour chaque niveau de soins et chaque type d'institution. De plus, il est particulièrement important que ces protocoles prennent en compte les préoccupations des différents acteurs du processus de développement sanitaire. On trouvera ci-dessous des exemples de démarche dans le développement de ces protocoles :

- | | | |
|----------|---|--|
| Annexe 1 | - | Exemples d'indicateurs d'évaluation de la qualité des services hospitaliers en Papouasie-Nouvelle-Guinée |
| Annexe 2 | - | Eléments essentiels du Protocole d'assurance-qualité |
| Annexe 3 | - | Indicateurs de qualité des soins |
| Annexe 4 | - | Protocole de gestion des dossiers médicaux en consultation générale |

La Figure 2 illustre les éléments du protocole d'assurance-qualité. Davantage de détails sont fournis en Annexe 2. Ce protocole est centré sur la technologie de santé ; c'est là que sont précisées les procédures de soins. Il est important de se souvenir que la première fois que cette démarche est employée, on ne peut pas s'attendre à une solution absolue. Cette démarche comporte la capacité à recueillir, enregistrer et organiser l'information afin qu'au cours d'évaluations à venir, de meilleurs jugements puissent être portés. Le but essentiel de la méthodologie d'assurance-qualité est de prendre la meilleure décision possible par rapport à l'information disponible.

Figure 2. Protocole d'assurance-qualité



Outre les procédures à utiliser pour une activité particulière, les ressources physiques et humaines à mettre en oeuvre sont également dégagées par type et par quantité. Par exemple, si au cours d'une revue, on trouve que les personnels dotés d'une certaine qualification précise ne sont pas disponibles, cela facilitera l'explication des problèmes qui peuvent être apparus dans le programme.

Les services de soutien comprennent les apports techniques, financiers, logistiques, éducatifs, de personnel et d'information au programme. Encore une fois, ces secteurs doivent être exprimés en termes spécifiques, de telle sorte qu'ils puissent être surveillés séparément au cours de la mise en oeuvre.

Il est également nécessaire de spécifier le soutien communautaire requis pour répondre aux objectifs du programme. Ceci peut se faire en terme d'engagement technique, d'apport social ou culturel, ou sous forme d'accord financier avec la communauté.

L'assurance-qualité est un processus qui identifie les besoins de qualité et fait en sorte que ces besoins sont traités de façon homogène et constante. Pour que ce processus soit un outil de gestion de santé efficace, il doit être appliqué d'une façon systématique et complète. Comme tous les outils de gestion, il facilitera l'affectation des ressources à des améliorations spécifiques des soins de santé des individus et des communautés.

L'Annexe 5 offre une liste de publications traitant de la qualité dans les soins de santé à partir desquelles les concepts développés dans ce document ont été colligés.

4. LA QUALITE, CLEF DE VOUTE DES SOINS DE SANTE : QUEL AVENIR ?

Ce document a tenté de montrer que la qualité des soins et les méthodes telles que le développement des protocoles d'assurance-qualité devraient revêtir une grande importance sur le calendrier de la santé publique du vingt-et-unième siècle : les pays s'y intéressent

beaucoup ; le cadre conceptuel ainsi que les outils pour son développement peuvent être adaptés non seulement à partir de ceux qui existent déjà dans le commerce et l'industrie mais également de ceux qui existent déjà, de différentes façons, dans le secteur de la santé.

Dans la plupart des pays, les dispositifs qui font de la qualité un élément du développement sanitaire sont déjà en place. Les processus d'orientation politique, les pratiques gestionnaires et les programmes de formation sont déjà mis à profit pour orienter et soutenir les changements vers une plus grande qualité dans le système de santé. Par conséquent, la prochaine étape dans l'établissement de la qualité comme élément du développement impliquera de prendre certaines des idées et de l'expérience discutées dans ce document et les incorporer aux plans politiques, gestionnaires et de formation. En particulier, les médecins et les infirmières, à présent en cours de formation, devraient être parfaitement familiers avec les méthodes d'évaluation de la qualité et d'assurance de la qualité. Cette formation devrait être suivie par l'établissement ou l'amélioration des mécanismes de rétro-information et d'apprentissage, au niveau communautaire comme au niveau national. Les processus à l'oeuvre aujourd'hui au niveau national peuvent être grandement renforcés par la reconnaissance actuelle au niveau régional que l'amélioration de la qualité dans les soins de santé est indispensable pour que l'on atteigne la santé pour tous grâce aux soins de santé primaires.

Des politiques d'assurance-qualité adoptées formellement par tous les pays renforcera l'engagement national et régional à l'équité dans la prestation des soins de santé. A son tour, cela fournira un mandat clair pour souligner des activités de qualité des soins dans le contexte des programmes de la Région du Pacifique occidental pour renforcer les capacités gestionnaires nationales dans la santé.

**EXEMPLES D'INDICATEURS D'EVALUATION DE LA QUALITE DES
SERVICES HOSPITALIERS EN PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE**

D'après Thomason et Edwards (voir Annexe 5)

- 1. Administration et gestion**
 - Qualifications, expérience et permanence de l'équipe de gestion
 - Fréquence des réunions de gestion
 - Calcul et emploi des indicateurs sanitaires-clés
- 2. Soins de santé**
 - Personnel de service de nuit et en astreinte
 - Personnel offrant un diagnostic initial en consultation externe
- 3. Maternité - matériels disponibles :**
 - Ventouses obstétricales
 - Ergométrine et ocytocine en salle d'accouchement
- 4. Médecine générale**
 - Accessibilité aux feuilles précédentes des malades
 - Délai de réception des résultats des radios et des tests de laboratoire
- 5. Pédiatrie - matériels disponibles :**
 - Auroscope en état de marche
 - Installations de laboratoire pour examiner le liquide céphalo-rachidien

ELEMENTS ESSENTIELS DU PROTOCOLE D'ASSURANCE-QUALITE

TECHNOLOGIE DE LA SANTE

- procédure sanitaire/médicale (description détaillée des tâches)
- ressources humaines (type et nombre)
- ressources physiques (bâtiments, fournitures et équipements)

SERVICES D'APPUI

- techniques (renfort technique possible)
- financiers (dépenses pour les opérations de routine)
- supervision (quels problèmes sont prévisibles)
- logistiques (délai et décisions en matière d'équipement)
- éducatifs (besoins en éducation permanente)
- information (besoins de participation d'autres parties du système)

APPUI COMMUNAUTAIRE

- professionnel (prises de décisions nécessaires de la part de la communauté)
- social/culturel (soutien et information nécessaires)
- économique (contributions financières)

RESULTAT

- quel résultat doit-on escompter si le programme est convenablement exécuté ?

SURVEILLANCE

- à court terme : comparaison des résultats du protocole par rapport aux objectifs (réalisation par cibles)
- à long terme : comparaison des résultats du protocole avec la politique et les buts de santé (cibles)

INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS

D'après Buckens (voir Annexe 5)

On trouvera plus bas des exemples d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour surveiller et améliorer la qualité des soins maternels :

A. MORBIDITE MATERNELLE

Objectif : Réduire l'incidence de la morbidité maternelle de (un chiffre exact peut être fixé comme cible pour chaque secteur).

Indicateurs : Les séquelles d'accouchement difficile pourraient être un bon indicateur de la qualité du système de santé. Des fréquences élevées de rupture de l'utérus, de fistules vésico-vaginales et recto-vaginales ou paralysie obstétricale (traumatismes des nerfs périphériques) indiquent un manque d'accès aux soins ou de prise en charge adéquate et d'orientation.

Prise en charge : Surveillance des tâches et orientation pour les procédures des soins maternels les plus directement liés aux indicateurs.

B. MORTALITE PERINATALE

Objectif : Réduire l'incidence de la mortalité périnatale.

Indicateurs : Le tétanos néonatal est l'une des causes de décès à considérer dans les études d'assurance-qualité, car il peut être prévenu grâce à la vaccination et à l'augmentation du nombre d'accouchements où participent des personnes qualifiées et formées. La mortalité par tétanos néonatal est par là un bon indicateur de la qualité et de l'étendue de l'utilisation des services de santé périnataux.

Le poids de naissance insuffisant est également un bon indicateur de la qualité des services, particulièrement en ce qui concerne l'élément nutritionnel des soins.

Prise en charge : Surveillance des tâches liées à la vaccination et à la nutrition dans les procédures de soins prénatals.

PROTOCOLE DE GESTION DES DOSSIERS MEDICAUX EN CONSULTATION GENERALE

D'après Huntley (voir Annexe 5)

I. Objectif

Entretenir de façon continue le contrôle de la qualité des soins médicaux dispensés en consultation générale.

II. Procédures de travail de l'archiviste

A. Quatre semaines après la première visite de la consultation générale, l'archiviste rassemblera chaque dossier dans l'ordre convenable, vérifiera qu'il est complet et cherchera des résultats anormaux dans des catégories particulières.

B. Un dossier complet consistera des pièces suivantes :

1. Lettre au médecin qui a orienté le malade ;
2. Histoire initiale et examen physique, plus notes de suivi ;
3. Note finale décrivant la situation du patient ;
4. Enregistrement des procédures de laboratoire de routine ; et
5. Lettre finale au médecin ou à l'agence qui a orienté le patient.

C. Toutes les insuffisances seront indiquées en rouge à l'endroit approprié le long de la marge de la feuille d'activité.

D. Les limites normales des déterminations de laboratoire sont les suivantes :

1. Hémoglobine - Hommes : 14 à 16 g ; Femmes : 12 à 16 g ;
2. Hématocrite - Hommes : 40 à 54 % ; Femmes : 37 à 47 % ;
3. Formule leucocytaire : lymphocytes (moins de 40 %) ; éosinophiles (moins de 5 %) ; et monocytes (moins de 10 %) ;
4. Chiffre des leucocytes : entre 5000 et 10 000 par ml^3 ;
5. Analyse d'urine : ni sucre ni albumine ; et
6. Test à la benzidine au niveau du col de l'utérus ; test coprologique à la benzidine ; radio pulmonaire négative.

III. Examens des dossiers médicaux

- A. Tous les dossiers seront examinés, une attention particulière étant consacrée à ceux qui présentent des insuffisances. Lorsqu'un dossier est jugé satisfaisant, encoder les diagnostics primaire et secondaire. Les dossiers insatisfaisants sont renvoyés au responsable pour qu'ils soient complétés.**

- B. Un registre sera maintenu par l'archiviste, donnant le nombre d'anomalies dépistées, le nombre qui n'ont pas été suivies avant l'examen des dossiers, et le type des anomalies notées.**

ANNEXE 5

PETITE ANTHOLOGIE SUR L'ASSURANCE-QUALITE

1. Anderson, C.A., Implementing Continuous Quality Improvement in Hospitals, *Quality Assurance in Health Care*, Vol. 3, No. 3, pp. 141-146, 1991, USA.
2. Buckens, Pierre, Outcome Measures of Obstetrical and Perinatal Care, *Quality Assurance in Health Care*, Vol. 2, No. 3/4, 1990, Pergamon, UK.
3. Donabedian, Avedis, *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, 1980, Michigan, USA.
4. Un paradigme pour la santé, EB89/INF.DOC./14 janvier 1992, OMS, Genève, Suisse.
5. A Quality Health Service for Wales, Welsh Office, April 1990, National Health Service, UK.
6. Huntley, Robert R., The Quality of Medical Care: Techniques and Investigation in the Outpatient Clinic, *Health Services Research: An Anthology*, 1990, Pergamon Press, USA.
7. Reerink, Evert, Defining Quality of Care: Mission Impossible, *Quality Assurance in Health Care*, Vol. 2, No. 3/4, pp. 197-202, 1990, Netherlands.
8. Starfield, Starfield, *Measuring the Attainment of Primary Health Care*, *Health Services Research: An Anthology*, pp. 691-698, WHO Scientific Publication No. 534, 1992.
9. *Seconde évaluation de la stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000*, WPR/RC42/9, Manille, 1991.
10. Thomason, Jane, and Edwards, Keith, Using Indicators to Assess Quality of Hospital Services in Papua New Guinea, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 6 (1991).