



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



43^e CONSEIL DIRECTEUR **53^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., E-U, 24-28 septembre 2001

Point 4.14 de l'ordre du jour provisoire

CD43/18 (Fr.)

2 août 2001

ORIGINAL : ESPAGNOL

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le présent document aborde le thème de l'évaluation de la performance des systèmes de santé et son utilité pour orienter les actions destinées à améliorer et développer le secteur. Il résume les principaux mandats qui ont été émis par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé au cours des derniers mois en la matière. Il fait part de la Consultation régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé qui s'est tenue dans la Région des Amériques en mai 2001. Il évoque enfin la création d'un groupe de travail régional dont la tâche essentielle consistera à approfondir les principales conclusions tirées de la Consultation régionale dans le but de fournir des éléments pour la révision à laquelle procède le panel mondial d'experts ainsi que pour formuler des recommandations destinées à guider le travail futur de l'OPS dans ce sens.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction.....	3
2. Mandats du 42 ^e Conseil directeur de l'OPS et de la 107 ^e session du Conseil exécutif de l'OMS	3
3. Consultation régionale des Amériques sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé	6
4. Mesures à prendre par le Conseil directeur.....	10
Annexe : Thèmes critiques de l'évaluation de la performance des systèmes de santé.	

1. Introduction

A l'instar des États membres d'autres Régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) envisagent la nécessité d'apporter des améliorations à la transformation de leurs systèmes de santé afin d'être en mesure d'atteindre les objectifs qui leur ont été fixés par la société.

Dans la mesure dans laquelle la réorientation des activités du secteur gagne de l'importance, la nécessité d'améliorer la capacité institutionnelle pour mesurer et évaluer la performance des systèmes de santé fait l'objet de vastes débats. Le but ultime est de pouvoir compter sur une base d'information solide, qui permet d'accorder les agendas de transformation des systèmes de santé avec le degré le plus grand possible de viabilité objective.

C'est dans ce sens que les États membres accordent de plus en plus d'importance aux efforts d'évaluation de la performance des systèmes de santé (EPSS). Par conséquent, leur conceptualisation, la mise en route de processus de mesure et de production d'information à cet effet et, par-dessus tout, leur utilisation dans la prise des décisions concernant tout autant la formulation de politiques de santé que la gestion stratégique des opérations distinctes qui font partie du système, acquièrent une grande importance.

La publication du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, portant sur le thème de l'amélioration de la performance des systèmes de santé, a donné lieu à un débat intense sur le thème de l'EPSS tant dans la Région des Amériques que dans les autres régions du monde. Les modalités adoptées pour sa production et sa diffusion ont été longuement discutées, en particulier l'exercice de classification des États membres selon leur degré de performance mesuré au moyen d'un indice combiné qui a été introduit pour la première fois dans le *Rapport*. Le débat provoqué a mis en relief la nécessité de mieux préciser la portée et les implications de l'exercice d'EPSS mené à bien par l'OMS, ainsi que son degré d'articulation avec les processus nationaux et régionaux qui peuvent et doivent alimenter à nouveau l'exercice que l'OMS entreprendra à l'avenir dans ce domaine.

2. Mandats du 42^e Conseil directeur de l'OPS et de la 107^e session du Conseil exécutif de l'OMS

Le 42^e Conseil directeur de l'OPS a discuté le thème du *Rapport sur la santé dans le monde 2000* et a émis la résolution CD42.R5 par laquelle :

- Il a prié instamment les États membres de :
 - mobiliser les secteurs concernés au niveau national, représentés par leurs ministères de la santé respectifs, leurs universités, leurs instituts de recherche et organismes afin qu'ils assurent le suivi et l'évaluation de leurs propres systèmes de santé; et
 - mettre à la disposition de l'OMS l'information technique en vue de la réalisation d'études comparatives entre les pays.

- Il a recommandé au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de transmettre à la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé la demande que l'OMS :
 - apporte son appui avec la participation nombreuse des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé, à la révision du cadre et de la méthodologie utilisés pour l'étude comparative de la performance des systèmes de santé présentée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, et
 - soumette à la considération du Conseil exécutif de l'OMS avant qu'il ne soit publié, les bases techniques et méthodologiques du prochain Rapport sur la santé dans le monde.

La recommandation a été suivie et le Directeur du BSP a transmis la demande des États membres à la Directrice générale de l'OMS.

De même les États membres ont mobilisé leurs institutions concernées pour provoquer un débat sur ce thème qui a donné lieu à de nombreuses publications scientifiques. Ce débat a permis, entre autres, de disposer d'un matériel abondant et d'expériences que la Consultation régionale des Amériques s'est efforcée de recueillir.

En janvier 2001 à l'occasion de sa 107^e session, le Conseil exécutif a discuté du thème de l'EPSS en ce qui concerne le cadre conceptuel et la méthodologie contenue dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, et l'information disponible à partir de laquelle l'indice combiné d'évaluation de la performance a été calculé. Cet indice classait les pays par ordre hiérarchique par rapport au niveau de performance atteint par leurs systèmes de santé.

Dans son discours d'ouverture, la Directrice générale a indiqué qu'en raison de l'importance du sujet et de l'intérêt qu'y portaient les États membres, elle ferait connaître

la performance du secteur de la santé tous les deux ans (le prochain rapport doit être publié en octobre 2002). Elle a précisé qu'avant sa publication, elle adopterait les mesures suivantes :

- Établir un processus de consultation technique réunissant le personnel et les perspectives des États membres dans chacune des Régions de l'OMS;
- Assurer que l'OMS se consulte avec chaque État membre sur les données les plus pertinentes à utiliser dans l'évaluation de la performance et soumette par avance l'information sur les valeurs des indicateurs qu'obtient l'OMS à partir de ces données;
- Compléter le prochain tour de l'évaluation de la performance en mai 2002, pour publication en octobre de la même année. Tous les États membres recevront les données compilées avant qu'elles ne soient mises à la disposition du grand public; et
- Établir un petit groupe de consultation, comprenant les membres du Conseil exécutif et du Comité d'évaluation des recherches dans le domaine de la santé, pour qu'ils aident au suivi de la proposition que l'OMS fera à la 108^e réunion de son Conseil exécutif sur la façon de mener le prochain exercice d'EPSS.

Le Conseil exécutif a approuvé ces mesures et a demandé à la Directrice générale :

- De faire initier une révision de la méthodologie d'EPSS par des experts scientifiques au titre du processus de la consultation technique, comprenant une méthodologie actualisée et une nouvelle source de données relatives à la performance des systèmes de santé;
- De veiller à ce que l'OMS effectue des consultations avec les États membres et partage les résultats de la révision élaborée par les experts scientifiques ainsi que ses recommandations;
- De formuler un plan pluriannuel en vue d'une recherche plus approfondie et le développement du cadre et de ses indicateurs pour évaluer l'efficacité et la productivité des systèmes de santé au titre du processus de la consultation technique;
- D'élaborer un plan pour améliorer la qualité des données utilisées pour évaluer la performance des systèmes de santé;

- D'informer les États membres sur l'impact des rapports de performance des systèmes de santé en ce qui a trait à leurs politiques et à leurs pratiques;
- De mettre les rapports à la disposition des autorités sanitaires des États membres 15 jours avant la date de leur publication.

A l'occasion de la 54^e Assemblée mondiale de la Santé, la Directrice générale a fait connaître le texte d'une lettre adressée aux membres du Conseil exécutif dans laquelle sont résumées les actions qui ont été prises jusque là pour appliquer la résolution EB.107.R8 sur l'EPSS (Document A54/DIV/7).

Dans cette lettre, elle annonce la constitution d'un groupe d'évaluation dirigé par le Dr. Mahmoud Fathalla, président du Comité d'évaluation des recherches dans le domaine de la santé, et les plans pour mener à bien les consultations régionales sur ce thème. La lettre indique également l'établissement d'un groupe d'experts qui servira de panel pour la révision de la méthodologie de l'EPSS. Ce panel démarrera ses activités en octobre 2001.

Entre les mois de mai et de septembre se sont tenues des consultations régionales dans chaque Région de l'OMS (la première d'entre elles s'est tenue dans la Région des Amériques à Washington, D.C.) avec la participation de représentants des gouvernements des États membres ainsi que des experts scientifiques régionaux. Comme mentionné précédemment, l'objectif de ces consultations consistait à fournir des apports techniques pour l'EPSS.

Plusieurs consultations techniques spécifiques ont également été programmées, couvrant les mesures résumées de santé de la population, les inégalités dans la santé, le financement équitable, le degré de réponse des systèmes, les méthodes d'amélioration des résultats des enquêtes dans la comparaison de populations différentes, la mesure de l'efficacité, la fonction directrice et la couverture effective. Les résultats de toutes les consultations seront soumis à un panel de révision d'experts, avec des délais suffisants pour qu'ils aient le temps d'informer le Conseil exécutif en janvier 2002. La désignation des personnes qui répondront aux critères de sélection du panel de révision d'experts est encore en suspens.

3. Consultation régionale des Amériques sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé

La Consultation régionale des Amériques sur l'EPSS a réuni 70 experts et décideurs politiques de 19 pays. Y ont également participé des fonctionnaires de l'OPS, du Groupe organique de preuves scientifiques et d'information pour la formulation de

politiques (Cluster EIP) du siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'Agence pour le développement international des États-Unis (USAID), de la Banque mondiale, du « Convenio Hipólito Unanue » et de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). Les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Europe et le Pacifique occidental ont assisté en tant qu'observateurs.

Les objectifs de la Consultation étaient les suivants :

- a) discuter différents axes conceptuels et méthodologiques pour évaluer la performance des systèmes de santé;
- b) évaluer les différentes expériences régionales et des pays dans les Amériques relatives à l'EPSS;
- c) identifier les thèmes critiques pour promouvoir le développement conceptuel et méthodologique d'un cadre destiné à mesurer la performance des systèmes de santé, qui pourrait être appliqué de manière systématique par les pays et être communiqué périodiquement à l'OMS;
- d) discuter des liens entre les pratiques d'EPSS, les politiques des systèmes de santé et les processus directoriaux de prise de décision; et
- e) définir un programme de coopération technique internationale qui appuie les efforts des pays dans la mesure de la performance des systèmes de santé.

Les participants ont reçu comme matériel de référence le document intitulé « Thèmes critiques de l'évaluation de la performance des systèmes de santé » (Annexe). Le programme de la réunion ainsi que le document ont été tous deux préparés *conjointement* par le Cluster EIP du siège de l'OMS et par la Division du développement de systèmes et de services de santé de l'OPS. La réunion a permis à divers experts d'examiner sous des perspectives différentes, des questions méthodologiques et conceptuelles relatives au *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, et relevant du thème plus vaste de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Les présentations ont été suivies de discussions ouvertes qui ont donné lieu à des échanges de points de vue intéressants entre les experts et les participants.

Même si les concepts et méthodes utilisés dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* ont suscité un certain intérêt, il y a eu un effort concerté pour orienter le débat vers l'avenir et contribuer à formuler des définitions claires sur l'évaluation de la performance au sein d'un cadre de référence s'appuyant sur des données solides et qui peut s'avérer utile pour les pays. Le Directeur de l'OPS a invité les participants à soutenir un débat respectueux, constructif et ouvert qui aide à faire avancer le processus.

Le rapport final résume les conclusions principales de la Consultation, tirées des discussions en session plénière et de celles des groupes de travail. Le document comporte deux sections. Dans la première sont résumées les leçons principales tirées du *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. La deuxième section comporte les recommandations en vue de la révision du cadre conceptuel et les indicateurs utilisés par l'OMS pour évaluer la performance des systèmes de santé.

Parmi les considérations principales de la Consultation régionale, on peut citer les suivantes :

- L'EPSS devra comporter une vaste gamme d'activités au lieu de comparer le concept de performance avec celui d'efficacité. Ceci permettra à l'évaluation de la performance de voir si elle progresse vers les buts spécifiques et si les activités appropriées sont entreprises pour favoriser la réalisation de ces buts.
- L'évaluation de la performance peut se comparer au modèle d'un « tableau de bord », qui compte plusieurs instruments de mesure permettant d'examiner différentes dimensions de la performance des systèmes de santé en considérant la réalisation des buts intermédiaires et les différentes manières de fonctionnement des fonctions du système.
- L'évaluation des buts intermédiaires devra utiliser certaines dimensions clés parmi lesquelles ont été identifiés : l'accès, la pertinence, la continuité, la viabilité, l'efficacité, la compétence et l'acceptabilité.
- L'importance de la définition de procédés pour mesurer la performance de la fonction directrice des autorités sanitaires en tenant compte du rôle que jouent les niveaux central, intermédiaire et local de l'État dans la majorité des pays.
- Le progrès dans la mesure des fonctions essentielles de la santé publique telles qu'elles se réalisent dans la Région des Amériques a été jugé utile tant en termes de contenu que de méthodologie. Cette ligne de développement illustre ce qui peut se faire pour mesurer la performance d'une composante de la fonction qui dirige le système de santé.
- La possibilité d'utiliser un axe avec des mesures multiples liées à des actions possibles des organismes nationaux, ce qui pourrait favoriser le développement de méthodes de responsabilité de la performance des systèmes de santé. Cet axe devrait être pragmatique, il devrait être apparenté à la politique et la prise de la décision dans la gestion du secteur santé, et il devrait se fonder sur l'identification

- des instruments de mesure de la performance pour les différentes dimensions du système : les ressources, les fonctions, les buts intermédiaires et les buts finaux.
- L'OMS devra renforcer sa capacité pour assurer un appui technique à l'EPSS, ce qui implique le maintien de communications permanentes entre l'Organisation et les États membres.
 - L'amélioration des connaissances communes de la relation entre l'état de la santé et les systèmes de santé constitue un processus à long terme qui peut requérir dix années sinon davantage. En plus de faire connaître les résultats de cette relation, les rapports futurs devront mettre en relief le processus qui conduit au développement du cadre, les mesures et les indicateurs. De même, le développement d'indicateurs globaux signifie une recherche sur le long terme dans laquelle devront intervenir les responsables des politiques de la santé, les chercheurs et les autres acteurs concernés. L'OMS doit utiliser son leadership pour permettre que ce processus soit inclusif.
 - L'OMS doit examiner à nouveau la méthodologie de l'EPSS en étroite collaboration avec les pays et ses propres experts des différents groupes fonctionnels et des Régions. L'Organisation doit jouer un rôle critique dans la formulation de normes, pour réunir des experts pour comparer et mettre en contraste les différentes orientations suivies par les pays, et pour dégager des consensus sur les façons les plus performantes d'assurer la comparabilité entre pays en ce qui concerne l'état de la santé, les frais en matière de santé, l'organisation et d'autres dimensions relatives aux systèmes de santé.
 - L'OMS doit faire un meilleur usage de ses centres collaborateurs et des autres institutions nationales, et elle doit également renforcer l'échange de l'information entre ses différentes unités et les bureaux régionaux.
 - L'OMS devra appuyer les efforts des pays dans l'optique de développer des capacités pour :
 - établir un dialogue sur les politiques nationales de santé;
 - évaluer les ressources, les fonctions, les objectifs intermédiaires et les objectifs finaux des systèmes de santé ainsi que le niveau de réalisation des changements souhaités;
 - examiner l'adéquation des systèmes d'information actuels dans la santé pour produire les données requises;

- effectuer la mesure de la performance dans les niveaux nationaux et sous-nationaux, et
- développer des politiques appropriées en réponse aux besoins.

Il sera tenu compte des résultats de la Consultation dans le travail qui se réalise dans ce domaine dans la Région des Amériques. Le résultat du travail dans cette Région sera transmis au Siège de l’OMS pour être incorporé dans les recommandations provenant d’autres Régions en vue de la formulation du document qui sera présenté sur ce sujet au Conseil exécutif en 2002.

L’OPS organisera un groupe de travail en août 2001 qui entreprendra une analyse exhaustive du sujet et approfondira les recommandations émanant de la Consultation. Le résultat des deux exercices sera présenté au 43^e Conseil directeur en septembre 2001, dans le but d’informer les délégations de tous les États membres et de disposer d’un forum de discussion dont le résultat sera communiqué au Siège de l’OMS avant la 19^e session du Conseil exécutif en janvier 2002.

4. Mesures à prendre par le Conseil directeur

Le Conseil directeur est prié de prendre bonne note du rapport.

Annexe

CONSULTATION RÉGIONALE SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Washington D.C., 8-10 mai 2001

Thèmes critiques de l'évaluation de la performance des systèmes de santé

A. INTRODUCTION

Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 (WHR) a cherché à résumer les éléments disponibles pour améliorer la performance des systèmes de santé et il en a conclu que dans de nombreux domaines, ces éléments étaient limités et dans le meilleur des cas mélangés. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il n'existait pas d'accord sur les buts et objectifs des systèmes de santé pour guider l'analyse et en partie parce que cette analyse s'était souvent focalisée sur le processus plutôt que sur les résultats. Par conséquent, le Rapport a élaboré un cadre pour évaluer la performance des systèmes de santé et a proposé que ce cadre soit utilisé de manière systématique.

La comparaison de la performance dans les différents pays et avec le passage du temps peut faire mieux comprendre quelles sont les politiques qui améliorent la performance et quelles sont celles qui ne l'améliorent pas. A cette fin, il a fallu définir un ensemble d'indicateurs de résultats pour mesurer la performance au niveau des pays en fonction du cadre établi. Les tableaux des annexes ont constitué la première tentative d'utiliser ces indicateurs pour mesurer la performance d'une façon uniforme, même si les données réelles n'étaient en fait disponibles que pour quelques pays seulement.

La publication du Rapport a suscité un débat vigoureux sur les processus de diffusion de ce Rapport et sur son contenu scientifique. Ce sujet a été discuté à l'occasion de la 107^e réunion du Conseil exécutif en janvier 2001. Dans son discours d'ouverture, la Directrice générale a indiqué qu'en raison de l'importance du sujet et de l'intérêt qu'y portaient les États membres, elle ferait connaître la performance du secteur de la santé tous les deux ans, le prochain rapport devant être publié en octobre 2002. Elle a précisé qu'avant sa publication, elle adopterait les mesures suivantes :

- Établir un processus de consultation technique réunissant le personnel et les perspectives des États membres dans chacune des Régions de l'OMS;
- Assurer que l'OMS se consulte avec chaque État membre sur les données les plus pertinentes à utiliser dans l'évaluation de la performance et soumette par avance l'information sur les valeurs des indicateurs qu'obtient l'OMS à partir de ces données;
- Compléter le prochain tour de l'évaluation de la performance en mai 2002, pour publication en octobre de la même année. Tous les États membres recevront les données compilées avant qu'elles ne soient mises à la disposition du grand public;

- Établir un petit groupe de consultation, comprenant les membres du Conseil exécutif et du Comité d'évaluation des recherches dans le domaine de la santé, pour qu'ils l'aident à suivre l'appui de l'OMS à l'évaluation de la performance des systèmes de santé (EPSS).

Le Conseil exécutif a approuvé ces mesures et a demandé à la Directrice générale :

- 1) De faire initier une révision de la méthodologie d'EPSS par des experts scientifiques au titre du processus de la consultation technique, comprenant une méthodologie actualisée et de nouvelles sources de données relatives à la performance des systèmes de santé;
- 2) De veiller à ce que l'OMS effectue des consultations avec les États membres et partage les résultats de la révision élaborée par les experts scientifiques ainsi que ses recommandations;
- 3) De formuler un plan pluriannuel en vue d'une recherche plus approfondie et le développement du cadre et de ses indicateurs pour évaluer l'efficacité et la productivité des systèmes de santé au titre du processus de la consultation technique;
- 4) D'élaborer un plan destiné à améliorer la qualité des données utilisées pour évaluer la performance des systèmes de santé;
- 5) D'informer les États membres sur l'impact des rapports de performance des systèmes de santé sur leurs politiques et leurs pratiques;
- 6) De mettre les rapports à la disposition des autorités sanitaires des États membres 15 jours avant la date prévue de leur publication.

Par conséquent, des consultations régionales seront tenues dans chaque Région de l'OMS et celle-ci en est la première. Les participants sont des représentants des gouvernements des États membres ainsi que des experts scientifiques régionaux. Comme décrit précédemment, l'objectif est d'offrir des apports techniques pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

Diverses consultations techniques spécifiques ont également été programmées. Elles couvrent les mesures de réinsertion de la santé de la population, les inégalités dans la santé, le financement équitable, le degré de réponse des systèmes, les méthodes d'amélioration des résultats des enquêtes en comparant des populations différentes, la mesure de l'efficacité, la fonction directrice et la couverture effective. Les résultats de toutes les consultations seront soumis à un panel d'experts, avec des délais suffisants pour qu'ils aient le temps d'informer de leurs conclusions le Conseil exécutif en janvier 2002.

Le présent document de référence résume quelques-uns des débats principaux qui ont eu lieu depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000. Il n'est pas exhaustif et ne prend pas position sur les débats. Il présente les thèmes qui ont été soulevés le plus fréquemment dans les discussions avec les scientifiques et les experts au gouvernement. Les participants à cette consultation peuvent également soulever d'autres questions. Le document s'articule autour de trois thèmes. Les thèmes conceptuels et méthodologiques relatifs au cadre actuel et les indicateurs sont traités dans la section B; les questions sur le développement futur du cadre dans la section C et les thèmes pratiques de politique et de gestion relatifs à l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans la dernière section.

B. THÈMES CONCEPTUELS ET MÉTHODOLOGIQUES

1. *Les limites du système de santé*

Divers concepts possibles du système de santé sont ressortis des discussions du Rapport sur la santé dans le monde 2000. La définition la plus concise trace des limites rigoureuses autour des activités relevant du contrôle direct du Ministère de la Santé. Dans certains pays, ceci peut inclure principalement les services médicaux individuels qui sont illustrés par le petit cercle de la figure 1. De nombreuses activités qui visent spécifiquement à améliorer la santé, telles que la commercialisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides ou les taxes destinées à diminuer l'usage du tabac ou de l'alcool, sont exclues de cette définition. Dans certains pays, cette définition écarterait également de nombreux services individuels de santé assurés par d'autres départements du gouvernement, des missions, des organisations non gouvernementales (ONG) ou le secteur privé.

La deuxième définition, qui correspond au deuxième plus petit cercle de la figure 1, est légèrement plus inclusive. Dans cette définition, le système comporte les services de santé individuelle et collective, mais il ne comporte pas les actions intersectorielles destinées à améliorer la santé. Les interventions traditionnelles de santé publique telles que l'aspersion d'insecticide pour lutter contre les moustiques ou la diffusion d'information sur la santé seraient comprises dans cette définition, mais le type d'actions intersectorielles dans lequel l'OMS est engagée depuis longtemps comme l'eau potable et l'assainissement ne le seraient pas.

La troisième définition est encore plus inclusive et considère toute action dont l'intention primaire est l'amélioration de la santé au titre du système de santé. Cette définition est plus vaste que les services de santé individuelle et collective et comporte des actions intersectorielles telles que le plaidoyer pour la réglementation destinée à diminuer les accidents mortels de la route. Elle est décrite par le cercle le plus grand de la figure 1.

La dernière option consiste à inclure toutes les actions qui contribuent à l'amélioration de la santé dans la définition du système de santé. Ceci inclut essentiellement tous les encadrés de la figure 1, parce que pratiquement tous les domaines de l'activité humaine — l'éducation, le développement industriel, l'environnement — influencent la santé. Par exemple, il n'y a plus de distinction opérationnelle entre les systèmes de santé et ceux de l'éducation, ou entre les systèmes de santé et les systèmes agricoles, parce que l'amélioration de l'éducation ou de la production agricole aurait également un effet sur la santé.

La définition appropriée est inextricablement liée au concept de responsabilité. La troisième définition du système de santé (le plus grand cercle de la figure 1) est appropriée dans la mesure où les responsables du système de santé assurent la prestation des principaux services de santé individuelle et collective et préconisent les activités intersectorielles dans une série d'actions spécifiquement destinées à l'amélioration de la santé — par exemple, la législation sur le port de la ceinture de sécurité, et le respect de cette législation. Cette définition encouragerait les décideurs des politiques de la santé à penser plus loin que les services individuels, tels que le plaidoyer et l'encouragement de moyens pour améliorer la santé de la population dans des domaines tels que les changements du régime alimentaire, la consommation de tabac ou les réglementations de la sécurité routière. Ils seraient tenus responsables pour ce volet de la santé qu'ils pourraient influencer par leurs actions, que ce soit la prestation des services, la gestion par des prestataires privés ou au moyen du plaidoyer pour les actions intersectorielles.

Figure 1. Définition des systèmes de santé

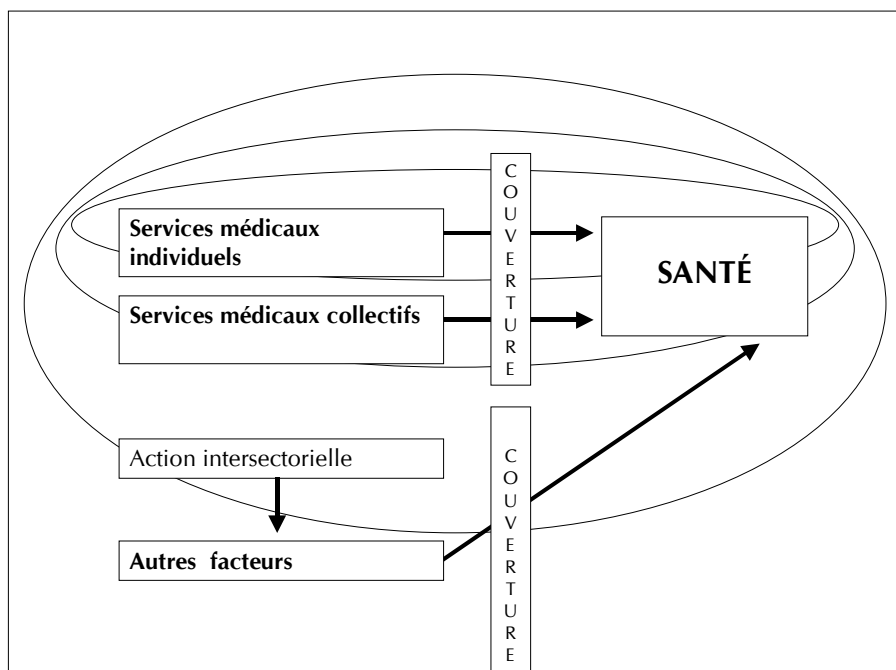
Si la fonction des responsables du système de santé consiste simplement à veiller à ce que les ressources qui relèvent de leur contrôle direct sont utilisées à bon escient, une définition plus concise pourrait être proposée telle que le premier ou le deuxième cercle de la figure 1. Les décideurs des politiques sanitaires considéreraient que leurs fonctions sont simplement axées sur les services de santé. Dans la définition encore plus concise, ils se verraient seulement comme les responsables de la partie de la santé de la population qui est déterminée par les soins médicaux individuels du secteur public.

2. Attribution causale

De nombreuses actions, dont celles qui ne sont pas spécifiquement destinées à améliorer la santé, l'affectent positivement ou négativement. Dans la figure 1, l'encadré intitulé « autres », comprend des activités portant sur l'éducation, l'environnement, l'agriculture, l'industrie, etc., qui ont une influence sur la santé des individus et des populations. Depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000, le débat a révélé deux approches concurrentes pour séparer l'influence du système de santé de celles des autres activités.

La première approche consiste à définir les indicateurs partiels de la réalisation générale de buts qui incorporent dans la mesure un ensemble de relations causales prises comme hypothèse. Ainsi, seuls les résultats déterminés en grande partie par les activités du Ministère de la Santé ou des décideurs des politiques de la santé, seraient mesurés et suivis au titre de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Par exemple, la mortalité infantile, causée par des maladies évitables par la vaccination, serait mesurée de préférence à la mortalité infantile générale parce que le Ministère de la Santé peut contrôler la couverture des programmes de vaccination systématique mais il n'est pas en mesure de contrôler le fait que des enfants meurent de malnutrition liée à la pauvreté. Des décès évitables seraient mesurés au lieu de la mortalité totale en se fondant sur le fait que le système de santé ne peut pas être tenu responsable de tous les décès. Cette approche porte l'attention des décideurs du Ministère de la Santé sur des problèmes qui sont du ressort direct de leur contrôle journalier et sur une série limitée de facteurs déterminants bien définis de la santé.

L'alternative est de séparer le concept de mesure du résultat de l'évaluation de l'attribution « causale », que ce soit du système de santé ou d'autres facteurs déterminants. La mortalité infantile générale et les changements qui s'y produisent seraient mesurés, et ensuite on en rechercherait les causes.



La mesure dans laquelle le système de santé a contribué à réduire la mortalité infantile serait évaluée au titre de ce processus qui identifie et représente tous les facteurs déterminants possibles. L'analyse statistique à plusieurs variables permet cette action, de la même manière que les économétriciens ont depuis longtemps étudié et séparé les divers facteurs déterminants de la croissance économique. Cette approche permet de tester toutes les hypothèses possibles plutôt que de restreindre l'attention sur les facteurs déterminants présélectionnés. Elle porte l'attention des décideurs de la santé sur le fait qu'ils peuvent améliorer la santé en encourageant des actions sur un éventail plus large de domaines intersectoriels que ceux qui relèvent de leur contrôle direct.

3. Facteurs de médiation

Il est clair que la simple prestation de services médicaux et de santé, et les actions intersectorielles telles que décrites dans les encadrés qui apparaissent à gauche dans la figure 1, ne se traduisent pas automatiquement par l'amélioration de la santé de la population. Il faut un nombre de conditions de médiation, et un débat très important a porté sur ce que sont ces facteurs et la façon dont ils peuvent être mesurés. La couverture des services médicaux critiques et des interventions dans la santé publique influencent certainement la façon par laquelle les actions efficaces de santé se traduisent par la santé, comme le montre la figure 1, mais il est bien possible qu'il y en ait d'autres. La mesure d'une couverture efficace pose de nombreux défis car elle signifie des concepts tels que l'accès physique, le coût, l'utilisation, l'efficacité et la qualité. Il faut également identifier un ensemble d'interventions clés pour lesquelles la couverture serait mesurée de façon systématique.

Au vu de l'importance de la couverture des interventions critiques dans la médiation des effets des services de santé individuelle et collective, l'OMS prévoit d'incorporer dans le travail de la performance des résultats des systèmes de santé un effort important pour suivre la couverture des interventions critiques de santé. L'information sur la couverture, l'accès et l'utilisation est requise non seulement au niveau national mais aussi au niveau sous-national, pour devenir une aide efficace à la prise de décision nationale. Il faut venir à bout de plusieurs défis techniques si l'on veut que la couverture soit suivie d'une manière valable, fiable et comparable. Deux des défis les plus importants sont l'incorporation des prestataires non gouvernementaux et privés dans l'évaluation de la couverture et la validation de cette dernière, ce qui implique les données de la prestation des services. Une consultation technique sera tenue en août 2001 pour continuer à stimuler le développement du suivi de la couverture au titre de l'évaluation de la performance.

4. Performance et temps

L'efficacité (mot qui a été employé sans distinction avec le mot « performance » dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000) signifie le degré dans lequel le système de santé contribue au maximum de ses possibilités aux objectifs sociaux définis au vu des ressources disponibles du système de santé et des ressources du système hors santé. Dans le débat sur le Rapport ont émergé deux concepts distincts sur la définition de ce maximum. Le premier concept est que le maximum doit représenter le maximum de ce que pourrait faire le Ministère de la Santé avec les ressources dont il dispose l'année en question. Ceci correspond à la définition concise de la responsabilité et la définition concise du système de santé qui ont été précisées antérieurement. Le calcul de l'efficacité nécessiterait le contrôle de tous les facteurs déterminants possibles du système qui ne relèvent pas de la santé et de l'impact de mesures de santé prises dans le passé. Cette approche identifie clairement le responsable de la mauvaise performance actuelle mais ne donne pas aux décideurs de la santé des motivations qui leur permettraient de penser à des actions plus importantes qui pourraient améliorer la santé, à savoir qu'ils prennent la responsabilité de l'ensemble de la santé de la population.

L'alternative est de définir un maximum plus élevé, le maximum que les niveaux observés des ressources (du système de santé et des systèmes qui n'appartiennent pas à la santé) pourraient avoir produit si les politiques appropriées avaient été suivies. Ce maximum ne serait pas nécessairement réalisable cette année donnée, mais il montre ce qui serait possible avec les ressources existantes. Au vu de cette définition, la mauvaise performance reflète le fait que le système ne réalise pas ce qu'il aurait pu réaliser en présence des politiques et programmes appropriés. Il se peut que ceci soit le résultat de décisions prises il y a 15 ans ou de décisions qui ont été prises aujourd'hui. Il se peut aussi que ce soit le résultat de ne pas avoir pris des mesures pour décourager l'habitude de fumer ou de ne pas avoir assuré des services médicaux aux pauvres. Cette approche donne un objectif aux décideurs des politiques de la santé, les incite à penser au-delà des services médicaux individuels et à être conscients du fait que leurs actions actuelles peuvent affecter la santé de la population pendant plusieurs décennies. Cette approche est également compatible avec la façon de mesurer l'efficacité dans le cadre plus vaste de l'économie où aucune tentative n'est faite par exemple pour ajuster les calculs actuels de l'efficacité des compagnies aériennes par rapport aux erreurs commises par les responsables dans le passé. Les comparaisons d'efficacité indiquent simplement que si maintenant une compagnie n'atteint pas le maximum possible, ses responsables cherchent des formules pour améliorer l'efficacité.

Dans la première approche le facteur temps est critique du fait que la réalisation actuelle des différents objectifs constitue un résultat des actions entreprises dans le passé. En plus, certains impacts des actions actuelles, tels que les programmes pour cesser de fumer, ne se ressentiront pas avant de longues années. Dans la deuxième approche le facteur temps est moins critique parce que l'objectif est d'indiquer l'ensemble de ce qui aurait pu être réalisé à partir des apports mesurés et de donner des incitations aux responsables pour qu'ils élargissent leurs critères actuels et adoptent des critères pour le long terme.

Les deux approches sont techniquement réalisables. Le choix dépend en partie de la finalité de l'analyse de la performance des systèmes de santé. Si l'on veut déterminer que le Ministère de la Santé a bien fonctionné cette année, alors c'est l'approche antérieure qui est appropriée. L'information aiderait les décideurs du Ministère à se concentrer sur des moyens à court terme d'améliorer l'efficacité et d'obtenir des résultats dans les domaines qui relèvent de leur compétence directe. D'autre part, si le but final est d'indiquer ce qui aurait pu être accompli avec une utilisation efficace des ressources disponibles à la fois dans le système de la santé et hors de ce système, et d'encourager les décideurs des politiques de la santé à penser à long terme et au-delà des services médicaux individuels, la deuxième approche encourage cette vision plus générale.

5. La définition de la performance

Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, le terme « performance » a été utilisé indistinctement avec le terme « efficacité ». L'efficacité a été définie comme étant la mesure dans laquelle le système de santé effectue la contribution maximum réalisable aux objectifs sociaux définis par rapport aux ressources utilisées (ressources du système de santé et hors du système de santé). Dans l'utilisation générale et certainement dans les publications sur la qualité des soins de santé, la performance est souvent définie comme une série d'activités qui s'articulent autour de l'utilisation de preuves pour maximiser les résultats ou la réalisation des objectifs. Par conséquent, il importe de savoir si l'OMS doit changer sa terminologie et la rendre compatible avec l'utilisation plus générale. Ceci signifierait de définir « l'évaluation de la performance des systèmes de santé » comme un ensemble d'activités qui comprend les éléments suivants :

- La mesure de la réalisation des résultats;
- La mesure des ressources du système de santé et des ressources hors du système de santé utilisées pour réaliser ces résultats;
- Le calcul de l'efficacité avec laquelle les ressources sont utilisées pour atteindre ces résultats;
- L'évaluation de la forme dans laquelle les fonctions observées du système influent sur les niveaux de réalisation et d'efficacité;
- L'élaboration et l'exécution de politiques destinées à améliorer la réalisation et l'efficacité.

L'amélioration de la performance des systèmes de santé deviendrait un terme plus général qui engloberait toute la série des activités. Les termes « réalisation » et « efficacité » auraient des définitions précises comme composantes de cet ensemble.

6. Préférences universelles

Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a combiné cinq indicateurs de résultats dans un système de pointage composé. Les meilleures évidences disponibles à l'époque ont montré que ceux qui ont répondu aux enquêtes effectuées à cette fin ont donné des poids semblables aux différents indicateurs et qu'il n'y a pas eu de différences substantielles entre différents groupes de personnes interrogées. Par conséquent, le résultat général a été calculé en accordant 50 % du total des points au résultat de la santé, 25 % des points au niveau de réponse du système et 25 % au financement équitable. La question de savoir si tous les pays ont les mêmes préférences s'est posée par la suite. Pour comparer le résultat général dans tous les pays il faut un système de mesure uniforme, mais la question de savoir si les préférences varient dans différents contextes est une question qui peut être testée de façon empirique.

Si en fait les préférences diffèrent substantiellement dans les pays, il existe l'option consistant à utiliser deux types de systèmes de mesure générale pour le résultat et l'efficacité. Un système prendrait la moyenne observée dans tous les pays et l'autre utiliserait les différentes mesures du pays. Ceci permettrait une évaluation de la mesure dans laquelle le résultat et les calculs d'efficacité généraux ont été sensibles à la variation des préférences du pays. Le fait que les préférences varient notablement ou non entre pays pourrait être déterminé par une série d'enquêtes auprès des ménages en cours cette année dans de nombreux pays, qui comportent des questions sur l'importance des différents buts.

7. Buts souhaitables sur le plan social

Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, un débat important a porté sur le bien-fondé des trois buts définis : santé, niveau de réponse du système et financement équitable. La figure 1 indique clairement que les niveaux de santé ne sont pas seulement une fonction des activités du système de santé, à moins que le système ne soit défini comme un système qui englobe toute action pouvant améliorer la santé. En termes de toute autre définition, la santé est un but social auquel le système de santé contribue, mais qui est également influencée par d'autres facteurs.

Personne ne conteste que le système existe essentiellement pour améliorer la santé et qu'il s'agit là du but ultime. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, la majorité des commentateurs sont également d'accord sur le fait que les systèmes de santé doivent contribuer à la réalisation d'autres buts sociaux en plus de l'amélioration de la santé. Le concept de « soins de santé » (*caring*) qui est différent du

concept d'amélioration de la santé, revient souvent dans ce contexte. C'est là l'idée que la catégorie « niveau de réponse du système » cherche à capturer en définissant les huit domaines suivants : dignité, autonomie, confidentialité (ces trois mis ensemble comprennent le respect des personnes), soins immédiats, qualité des services de base, accès aux réseaux de soutien social pendant les soins et choix du prestataire (comprenant l'orientation des clients). Il a été suggéré que cette définition ne saisit pas pleinement certaines dimensions des « soins ». Par exemple, deux systèmes peuvent se qualifier tout aussi bien dans les huit domaines mais montrer des modèles d'utilisation très différents — dans le premier système, il peut y avoir seulement un contact annuel par personne alors qu'il y en a quatre dans le second système. Peut-on soutenir que les deux systèmes ont le même niveau de réponse et si la réponse est non, comment peut-on incorporer la couverture différentielle dans la définition ? Il est possible qu'il existe d'autres dimensions des « soins » qui devraient également entrer dans la définition de niveau de réponse. Une consultation technique sera tenue sur le niveau de réponse du système.

A ce jour, la majorité de ceux qui ont répondu aux enquêtes ont indiqué qu'ils apprécient une certaine forme d'équité dans la manière de financer le système. Ils expriment des préférences pour les systèmes qui ne font pas courir aux personnes des risques de catastrophe financière pour des raisons de mauvaise santé et où les contributions financières sont progressives. Toutefois, certains commentateurs mettent en doute qu'une préoccupation de financement équitable soit socialement souhaitée dans leur pays et d'autres mettent en doute que l'indicateur de justice financière utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 tienne compte des préoccupations des personnes sur les contributions progressives. L'existence ou autrement les préférences pour les systèmes financièrement équitables est un sujet qui doit être testé de manière empirique au moyen des enquêtes des ménages et d'autres questions techniques ayant trait au choix de l'indicateur, feront l'objet d'une consultation technique qui se tiendra sous peu.

Il a également été soutenu que le système de santé contribue à une série de buts sociaux en plus de ceux ébauchés dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, comprenant la croissance économique et la promotion de la participation communautaire. Leur inclusion en tant qu'objectifs dans le cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé dépend en partie de la contribution suffisamment importante ou non du système de santé à ces objectifs, pour justifier le suivi systématique de l'impact du système sur les résultats. Par exemple, si le système de santé n'apporte qu'une petite différence au taux de la croissance économique, il ne serait pas faisable ni nécessaire de suivre sa contribution à la croissance économique au titre de l'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé. Les implications de l'évaluation systématique de la performance pour les systèmes d'information sanitaire sont un sujet important qui est discuté dans une section plus avant.

8. Implications de politique pratique

L'évaluation de la performance des systèmes de santé ne se fait pas comme une fin en soi. Elle est importante seulement dans la mesure de l'apport des preuves requises pour élaborer des politiques, stratégies et programmes meilleurs. Diverses suggestions ont été faites sur les façons d'améliorer les liens entre la partie mesure de l'évaluation de la performance des systèmes de santé et la composante relative à l'élaboration de politiques destinées à améliorer la performance. Ceci nécessite le renforcement du travail sur les fonctions du système; génération de ressources, financement, provision et fonction directrice. En fait, on sait peu de choses sur la façon dont ces fonctions sont entreprises dans les pays, et il n'existe pas d'indicateurs de performance des contributions de chaque fonction. Il est généralement reconnu que ce domaine requiert un travail plus poussé et que les décideurs des politiques nécessitent des méthodes de suivi pour savoir si ces fonctions s'accomplissent de manière appropriée et si un changement dans la façon de s'acquitter d'une ou de plusieurs des fonctions améliorerait les résultats et l'efficacité. Ce sujet est traité plus en détail dans la section suivante, mais des consultations techniques spécifiques sont prévues sur les fonctions directrices et de financement.

Une deuxième tendance de cette discussion indique qu'alors qu'il est utile de mesurer et de suivre la performance générale du système, les décideurs doivent pouvoir également identifier les contributions des différentes composantes du système de santé. Par exemple, être en mesure de pouvoir séparer la contribution des services médicaux individuels de celle des actions intersectorielles. Ceci les aiderait à décider s'ils doivent transférer des ressources des services médicaux individuels aux actions intersectorielles, ou d'un type de service médical individuel à un autre. Une façon de fournir cette information est de renforcer les liens entre l'évaluation de la performance des services de santé et l'analyse d'efficacité par rapport au coût actuellement en cours à l'OMS. Les implications pratiques de l'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé sont examinées plus en détail dans la section D.

C. ÉLARGISSEMENT DU CADRE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ : DISPARITÉS ET ENJEUX

1. Introduction

Dans la section antérieure ont été résumés quelques-uns des débats récents sur le cadre et les méthodes pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Dans cette section, ce thème est traité de manière plus approfondie, avec quelques suggestions pour développement supplémentaire. Comme dans la section précédente, des questions critiques sont soulevées pour discussion à cette consultation.

2. La nécessité de mesurer les fonctions et les progrès

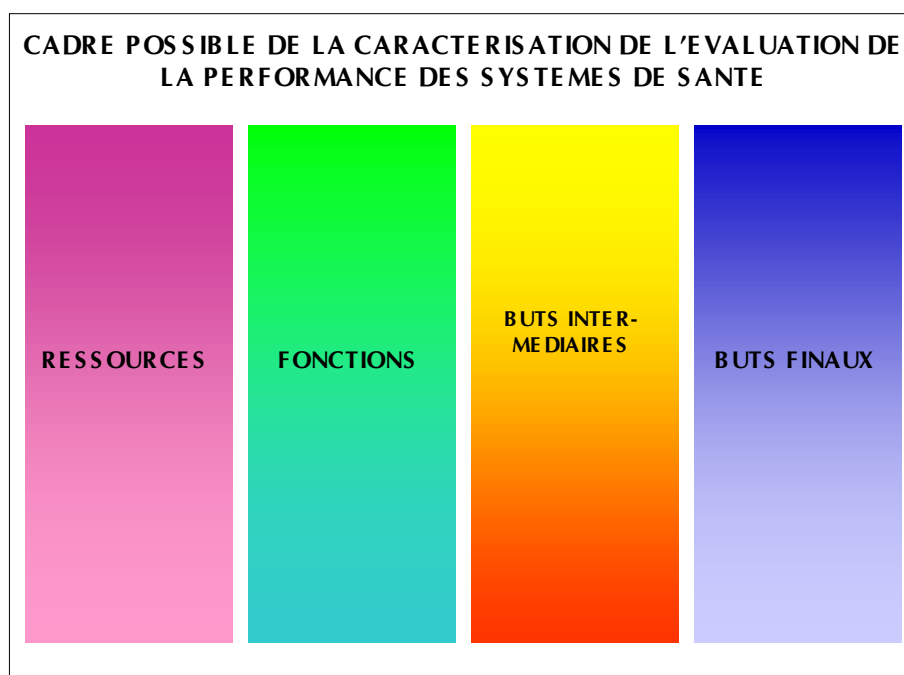
Dans la section B, la définition de l'évaluation de la performance a été discutée et il a été suggéré qu'il vaudrait peut-être mieux envisager une vaste série d'activités au lieu de comparer la performance à l'efficacité. Ceci permettrait à l'évaluation de la performance de voir si elle progresse vers les buts spécifiques et si des activités appropriées sont entreprises pour favoriser la réalisation de ces buts. La valeur de cet exercice serait d'identifier les domaines problématiques qui peuvent requérir une attention particulière et de meilleures méthodes qui puissent servir de modèle. De cette forme, l'évaluation de la performance pourrait également être un instrument de régulation et de répartition des ressources. La responsabilité de la performance repose sur l'obligation et la volonté d'être évalué sur la base de mesures appropriées d'actions et de résultats par rapport à la réalisation des objectifs du programme et des politiques. En d'autres termes, le concept général de performance comporterait la capacité d'évaluer si des progrès sont accomplis en vue des buts spécifiques et si des activités appropriées sont entreprises pour favoriser la réalisation de ces buts. Ceci signifie de faire de l'approche gestion axée sur les résultats une composante de l'évaluation de la performance.

Il y a différentes manières de penser comment ce travail pourrait être organisé et comment définir les indicateurs appropriés. Par exemple, le Conseil national de recherche des États-Unis¹, a récemment soutenu que la mesure de la performance implique la sélection et l'utilisation de mesures quantitatives des capacités des programmes, processus et résultats de la santé pour informer le public ou un organisme

¹ National Research Council. Health Performance Measurement in the Public Health Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network. E. B. Perrin, J. S. Burch, and S. M. Skillman, eds. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

public désigné des aspects critiques d'un programme déterminé. Dans un rapport antérieur², il avait inclus les capacités, processus, facteurs de risque et résultats de santé. Sa logique était qu'au niveau de programme, certains résultats de santé d'intérêt primaire tels que les réductions de la mortalité et de la morbidité, peuvent s'avérer difficiles à mesurer de manière systématique. De plus, il y a un laps de temps entre une intervention et les changements dans les résultats qui est trop grand pour les effets d'observation dans les délais relativement courts qui sont utilisés pour suivre la performance des programmes. C'est la raison qu'ils ont suggérée, en incluant des mesures de condition de risque comme résultats intermédiaires. La figure 2 décrit une manière possible de dépeindre ce processus.

Figure 2. Cadre possible de la caractérisation de l'évaluation de la performance des systèmes de santé



Dans l'évaluation de la performance, cette approche peut se comparer à la conception d'un « tableau de bord », doté de multiples calibres qui permettent l'examen de dimensions différentes de la performance des systèmes de santé en observant la réalisation des buts intermédiaires et les différentes manières selon lesquelles les fonctions des systèmes sont exercées. Ceux qui la proposent soutiennent que cette information vient en complément de celle obtenue en mesurant la contribution du système avec un petit ensemble de buts intrinsèques et un indice composé qui résume ces résultats.

La question est de savoir si les catégories des capacités, des processus et des risques sont les catégories idoines pour évaluer les progrès, en particulier ceux des sous-composantes du système, et si c'est le cas, comment seraient choisis les indicateurs. Différentes manières de choisir les indicateurs sont possibles. Le Conseil national de recherche des États-Unis par exemple, a suggéré quatre critères de base comme suit :

² National Research Council. Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse, and Mental Health. E. B. Perrin and J. J. Koshel, eds. Panel on Partnerships Grants, Committee on National Statistics. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

- Les mesures devraient viser un objectif spécifique et devraient être axées sur les résultats;
- Les mesures devraient être rationnelles et compréhensibles;
- Les données devraient être appropriées pour appuyer les mesures;
- Les mesures devraient être valables, fiables et adaptables.

Les implications de tout ensemble d'indicateurs pour le système d'information sanitaire des États membres constituent un autre élément important. Elles sont traitées à la section D.

3. Disponibilité des ressources ou capacité

Si le cadre antérieur est accepté, les indicateurs des ressources et leur distribution ainsi que les mesures des capacités constitueraient une première dimension de l'évaluation de la performance. Il a été avancé qu'ils fournissent une information qui est essentielle pour modifier les méthodes de répartition des ressources et pour évaluer l'efficacité du système à organiser ses fonctions, atteindre les buts intermédiaires et en fin de compte, atteindre les buts intrinsèques socialement souhaitables. La façon de mesurer la capacité d'une manière rationnelle et comparable lance des défis aux niveaux théoriques et pratiques.

4. Mesure de la performance des fonctions

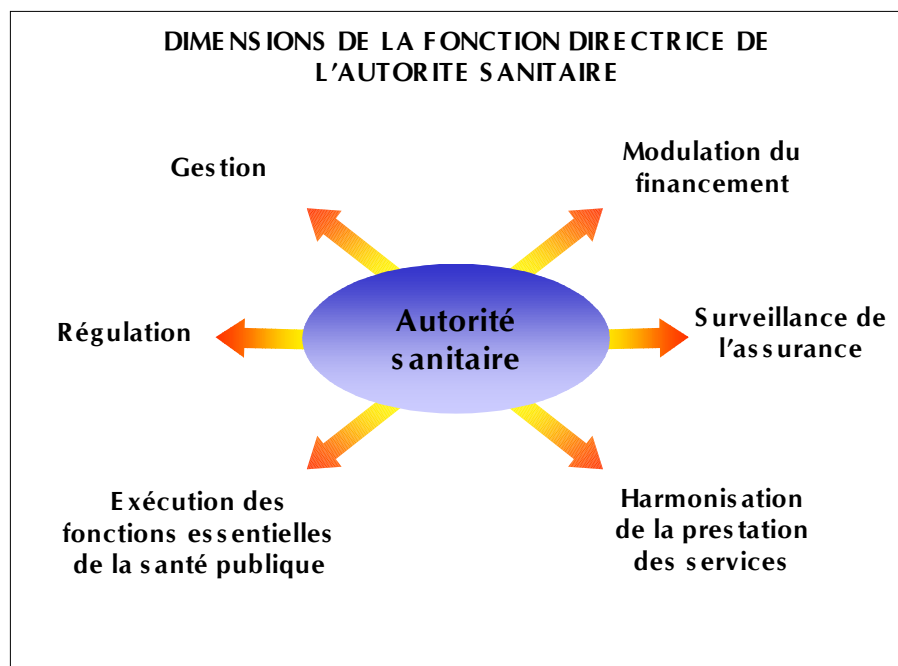
La section B a mis en relief le débat sur la nécessité de définir les indicateurs de la façon dont s'organisent les systèmes de santé pour exercer une série de fonctions qui sont interdépendantes et qui sont également nécessaires pour atteindre les buts. Cette dimension représente un défi majeur à l'élaboration de cadres d'évaluation de la performance et de mesures, étant donné qu'il s'agit d'un domaine en évolution rapide et redéfinition constante. C'est une dimension qui jusqu'à présent a peu été mise en opération conceptuelle et méthodologique et qui est sujette à différentes interprétations étroitement liées à la nature du modèle macro-organisationnel du système de santé.

5. Fonction directrice

La réforme de l'État et les processus de décentralisation ont fait de la redéfinition des rôles institutionnels dans le système de santé une priorité chez les États membres, en particulier en ce qui concerne la fonction directrice des ministères de la santé. Les responsabilités de l'État subissent des changements importants face à la tendance croissante à la séparation des fonctions de financement, couverture d'assurance et prestation des services. Ces changements exigent, entre autres, une capacité plus grande à diriger, réglementer et exercer les fonctions essentielles de la santé publique du ressort de l'autorité sanitaire.

Ceci intensifie le besoin de reconfigurer et d'adapter les responsabilités et les opérations des autorités sanitaires pour renforcer leurs fonctions de direction sectorielle, afin qu'elles soient en mesure de mieux définir leurs domaines d'intervention³, tels que la direction du secteur, la régulation, l'exécution des fonctions essentielles de la santé publique, la modulation du financement, la surveillance de la couverture d'assurance et l'harmonisation de la prestation des services (figure 3).

³ PAHO/WHO. Steering Role of the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform: CD40/13. Washington D.C., September 1997.

Figure 3. Dimensions de la fonction directrice de l'autorité sanitaire

Une série de taxinomies peuvent être adoptées dans ce domaine, qui seront toujours sujettes à interprétations ou classifications. L'ampleur des fonctions directrices des ministères de la santé dépendra du degré de responsabilité du secteur public, du degré de décentralisation et de la division du travail dans la structure institutionnelle de chaque pays. Ces responsabilités —certaines anciennes et d'autres nouvelles — nécessiteront que les ministères renforcent et, dans de nombreux cas, réorganisent leurs opérations, leur structure organisationnelle et le profil professionnel de leur personnel de gestion, technique et administratif. A ce propos, le défi est de définir les indicateurs de performance pour évaluer le niveau des progrès accomplis par le système.

Les réformes du système sanitaire se heurtent au défi qui consiste à renforcer le rôle de fonction directrice de l'autorité sanitaire, et une part importante de ce rôle exerce les fonctions essentielles qui correspondent à l'État au niveau central, intermédiaire et local. Il est par conséquent essentiel d'améliorer la pratique de la santé publique ainsi que les instruments pour évaluer les situations et identifier les domaines qui ont besoin d'être renforcés. Compte tenu de ceci, une grande attention a été portée dans les Amériques sur la mesure de la performance de ce qui a été appelé les fonctions essentielles de la santé publique (FESP), comme base pour l'amélioration de la pratique de la santé publique et du renforcement du leadership de l'autorité sanitaire à tous les niveaux de l'État.⁴

Les FESP ont été définies comme étant les conditions (capacités) qui permettent une meilleure pratique de la santé publique. Les indicateurs et les normes pour chaque FESP ont également été définis. Si les fonctions sont bien définies, elles comprendront toutes les capacités requises pour la bonne pratique de la santé publique et le bon fonctionnement constituera une indication fiable de la réalisation dans chaque sphère d'action ou domaine de travail de la santé publique.

⁴ PAHO/WHO 42nd Directing Council. Essential Public Health Functions: CD42/15. Washington D.C., 25-29 September 2000.

Pour aider à orienter la discussion de la présente consultation, nous présentons les onze FESP identifiées comme étant essentielles pour la pratique de la santé publique dans les pays des Amériques. Elles sont contenues dans l'instrument de mesure de la performance développé par l'OPS/AMRO en collaboration avec le Centre pour le Contrôle des Maladies (CDC) et le Centre latino-américain de recherche sur les systèmes de santé (CLAISS).

- 1) Surveillance et analyse de la situation de la santé de la population;
- 2) Surveillance de la santé publique, étude et contrôle des risques et des dommages en santé publique;
- 3) Promotion de la santé;
- 4) Participation sociale et sensibilisation des citoyens en matière de santé;
- 5) Création de politiques, de plans et capacité de gestion visant à soutenir les efforts de santé publique et contribuant à la fonction directrice de l'autorité sanitaire nationale;
- 6) Réglementation et contrôle en santé publique;
- 7) Evaluation et promotion de l'accès équitable de la population aux services de santé nécessaires;
- 8) Utilisation des ressources humaines et formation en santé publique;
- 9) Garantie de qualité des services de santé individuelle et collective;
- 10) Recherche, développement et mise en pratique de solutions innovatrices en santé publique;
- 11) Réduction de l'impact des urgences et des désastres en matière de santé.

Le développement d'instruments pour mesurer la performance de la fonction directrice et des FESP implique la définition de la fonction dont la performance sera mesurée, les indicateurs et les normes de la performance et les mesures et sous-mesures qui serviront de vérificateurs. Tous les indicateurs doivent être validés pour assurer qu'ils mesurent ce qu'ils sont censés mesurer, et ils requièrent également des preuves de fiabilité et d'uniformité.

Il y a un débat dans les publications sur le choix approprié entre normes acceptables et normes optimales. La définition de niveaux acceptables est difficile et quelque peu arbitraire. Par exemple, la norme doit-elle être liée à la réalité moyenne des pays ou à la définition du minimum requis pour exercer une fonction ? Faut-il utiliser la norme optimale comme objectif des politiques même si ces objectifs ne sont pas réalisables sur le court terme ? Ces questions sont importantes pour les travaux futurs sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

La mesure du degré de performance de la fonction directrice et des FESP n'est pas qu'un exercice méthodologique intéressant, mais elle doit aussi permettre l'amélioration des pratiques en santé publique, avec des normes de bon fonctionnement et des points de repère pour l'amélioration continue de la qualité. Ce processus vise également à établir une plus grande transparence des pratiques et des services de santé publique, ainsi qu'à une meilleure construction de la connaissance et des pratiques de santé publique basées sur des preuves scientifiques. Finalement, la mesure du degré de performance doit jeter les bases pour une répartition meilleure et accrue des ressources destinées aux actions de santé publique.

Si un accord était convenu que l'identification des variables clés qui permettront de mesurer les méthodes qui sont utilisées devait faire part du programme pour un développement plus poussé des FESP, il se produirait des enjeux similaires à ceux mentionnés au paragraphe antérieur pour d'autres fonctions du système.

6. Buts instrumentaux ou intermédiaires

La majorité des indicateurs disponibles de réalisation des buts instrumentaux est apparentée à la méthode selon laquelle s'exerce la fonction de la prestation ou de la provision des services de santé individuelle et collective. Ceux-ci constituent les catégories d'analyse des différents domaines d'action du système de santé, connectés plus directement avec les méthodes de gestion et les processus de décision sous la responsabilité des administrateurs des soins de santé et des fonctionnaires de la santé publique aux niveaux local, régional et national. Définir les indicateurs portant sur la façon dont les administrateurs du système s'acquittent adéquatement de leurs relations intersectorielles constitue un défi si l'on accepte la définition plus générale du système de santé décrite à la section B.

D'innombrables buts intermédiaires ont été suggérés au cours des années et certains d'entre eux sont actuellement appliqués dans des pays comme le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni et la Grande-Bretagne^{5,6}. Ces pays ont inclus les éléments suivants :

- L'accès (si les patients obtiennent les services dont ils ont besoin à l'endroit approprié et dans le temps approprié);
- L'efficacité (la mesure dans laquelle les services fonctionnent bien et comment ils affectent la santé);
- Le bien-fondé (si la prestation du service correspond aux nécessités et si elle se fonde sur les normes établies);
- La continuité (comment les services s'adaptent entre eux, comprenant la coordination, l'intégration et la conduite);
- La viabilité (capacité des systèmes à fournir des infrastructures telles que main-d'œuvre, établissements et équipement, en plus d'être novateurs et de répondre aux besoins qui peuvent se produire);
- L'efficacité (elle se conçoit souvent comme efficacité technique ou la capacité d'atteindre les meilleurs résultats au moindre coût);
- La compétence (prestataires dotés des connaissances et des aptitudes appropriées aux soins qu'ils prodiguent);
- L'acceptabilité (mesure dans laquelle les systèmes de santé sont efficaces par rapport aux attentes des citoyens).

⁵ Hurst, J. and Jee-Hugues, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.47. Paris: OECD, 2000.

⁶ Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. M. P. Hurtado, E. K. Swift and J. P. Corrigan eds. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.

Il existe beaucoup d'autres éléments. La difficulté réside dans le choix d'un ensemble suffisamment restreint pour assurer le suivi systématique et que les décideurs peuvent utiliser pour suivre leur performance sans perdre de vue la vision d'ensemble. Une partie de ce processus devrait décider si les indicateurs proposés font double emploi et s'ils peuvent être mis en opération d'une manière rationnelle et valable. L'OMS tiendra compte de certains de ses éléments dans une initiative sur l'évaluation de la couverture fonctionnelle d'un groupe choisi d'interventions en santé. Ceci saisit un grand nombre des dimensions antérieures et peut être utilisé pour détecter le niveau auquel le système de santé s'acquitte des activités essentielles qui produisent un impact sur les personnes.

7. Valeurs sociales et buts sociaux finaux

Les débats sur la définition des buts souhaitables sur le plan social et sur les mesures fournies qui sont compatibles ou non avec les contextes ont été présentés à la section B, mais ces questions sont à nouveau examinées brièvement. Il est clair que le choix des indicateurs de la performance ne fonctionne pas dans un environnement libre de jugements de valeur, et il faut reconnaître que les sociétés créent des formes d'organisation des systèmes de santé selon des principes directeurs et des valeurs fondamentales que partagent leurs citoyens. La question importante qu'il faut considérer dans les travaux futurs sur les FESP, est de découvrir s'il existe d'autres valeurs qui n'ont pas été prises en compte de manière adéquate dans le cadre actuel et la façon dont elles devraient y être incorporées. Les concepts de solidarité, de « soins » (*caring*), d'universalité et la préservation d'un environnement sain sont souvent mentionnés comme des aspects qui ont été ignorés. La question de savoir s'ils sont des buts sociaux finaux, des composantes de buts finaux ou des buts instrumentaux a fait l'objet de nombreuses discussions et par conséquent, cette question et d'autres seront traitées à cette consultation.

8. Implications pratiques de développements futurs

Il faudra une collaboration importante entre l'OMS et ses États membres pour approfondir le développement des FESP et de leur cadre dans le sens indiqué par la présente section. Certains des défis les plus grands portent sur le choix des variables, des mesures et des indicateurs de capacité, des fonctions et progrès pour réaliser les buts sociaux ultimes auxquels le système doit contribuer. Ceci constitue un programme à moyen et long terme dans la tâche de l'OMS et dans les efforts de ses États membres pour améliorer le développement des systèmes de santé afin qu'ils contribuent à atteindre le but de la santé pour tous.

D. LIER L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTE À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES ET A LA PRISE DES DÉCISIONS ADMINISTRATIVES

1. Introduction

L'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé voudrait que les gouvernements nationaux suivent et évaluent les résultats de leurs systèmes de santé, diagnostiquent les facteurs déterminants de la performance observée en se basant sur les groupes fonctionnels et identifient les politiques et stratégies destinées à améliorer la performance. Il faudrait également que l'OMS accroisse sa capacité à fournir un appui technique dans ces domaines. Depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2000, de nombreuses questions ont été posées sur les implications des FESP pour le travail des ministères de la santé et l'OMS. Quelques-unes de ces questions sont discutées ci-dessous.

2. Indicateurs de la performance des fonctions du système

Le cadre et les instruments actuels des FESP aident les administrateurs à mesurer la performance des systèmes et leur permet de la comparer avec celle d'autres pays. L'amélioration de la performance exige de prendre des mesures dans les quatre fonctions centrales : fonction directrice, financement, provision et génération de ressources, mais actuellement il n'existe pas d'instruments pour mesurer la performance de chaque fonction par rapport à l'ensemble des objectifs instrumentaux convenus. Ceci a été discuté en détail dans la section antérieure et serait utile pour développer un petit ensemble d'indicateurs qui serviraient d'intermédiaires entre la prestation des services et la réalisation des objectifs. Ces indicateurs doivent pouvoir s'adapter aux changements des politiques et décisions administratives à court terme. La couverture efficace a été discutée dans ce contexte dans les deux sections qui précèdent.

Si l'on veut donner suite à ceci, il sera nécessaire de décider s'il faut inclure un ensemble restreint d'indicateurs instrumentaux supplémentaires, comment ils devraient être définis et comment ils devraient être mesurés systématiquement. Ceci n'est pas sans importance. Comme indiqué précédemment, les concepts d'efficacité, de qualité, d'accès, d'utilisation et de bien-fondé sont tous importants lorsque l'on considère comment mesurer la couverture ou l'accès. La démarche finale pour les administrateurs est d'interpréter ces indicateurs instrumentaux et de prendre les mesures correctives appropriées. Une mauvaise couverture par exemple, peut se devoir à une performance déficiente des prestataires de soins de santé, qui est affectée par une série de facteurs, niveaux des salaires, qualité de l'éducation et supervision. Les actions directoriales varieront selon le niveau de la responsabilité de la prise de décision (il se peut que les niveaux des salaires se déterminent au niveau central alors que la supervision se détermine au niveau institutionnel).

3. Implications pour les systèmes d'information sanitaire

Les systèmes d'information sanitaire au niveau national et sous-national ne disposent pas actuellement de l'infrastructure adéquate pour assumer la totalité des FESP et l'OMS n'a pas encore la capacité suffisante pour fournir l'appui technique requis. La modification des systèmes d'information sanitaire exigera une discussion considérable avec les experts des États membres pour déterminer l'ensemble minimum d'indicateurs (intrinsèques et instrumentaux) à suivre systématiquement, peut-être en conjonction avec la réalisation d'enquêtes périodiques.

Le choix des indicateurs est une question critique. Le fait d'avoir des milliers d'indicateurs de performance pour mesurer la qualité des soins comme c'est le cas actuellement, exerce des pressions énormes sur les systèmes d'information sanitaire de tous les États membres, mais plus particulièrement sur les plus pauvres. Et cela présente également des difficultés pour les administrateurs qui doivent passer au crible une quantité énorme de données. Il faut trouver un équilibre entre la couverture de tous les facteurs possibles qui pourraient affecter les résultats, la capacité du système à produire une information opportune et la capacité des administrateurs à digérer l'information.

4. Engagement de la société civile

Si les décideurs des politiques sanitaires acceptent la vaste fonction qui consiste à être les administrateurs de la santé de la population, il faudra une interaction accrue entre financiers et prestataires des soins de santé en dehors du secteur public. L'objectif de l'évaluation de la performance des systèmes de santé signifie l'évaluation des contributions de toutes les parties du système de santé, et le développement de moyens destinés à améliorer le fonctionnement du secteur privé, par exemple, là où il fonctionne au-dessous de la moyenne. Par conséquent, il est suggéré que les gouvernements maintiennent

un dialogue permanent sur les politiques avec le public, les personnes intéressées privées à but lucratif et les personnes intéressées privées à but non lucratif, ainsi que leurs collaborateurs intersectoriels.

5. L'appui technique de l'OMS aux pays

L'OMS doit également former sa propre capacité pour fournir un appui technique aux FESP. L'Organisation doit concentrer ses efforts sur la réalisation de discussions permanentes avec les États membres. Toutefois, on peut citer parmi les suggestions les plus récentes :

- a) Consultations et examen de la méthodologie d'évaluation de la performance des systèmes de santé avec les pays et avec ses propres experts.
- b) Aider les pays en les incitant à développer les capacités pour les actions suivantes :
 - S'engager dans le dialogue sur les politiques nationales de santé;
 - Évaluer les fonctions centrales;
 - Entreprendre la mesure et l'analyse sous-nationale, ce qui nécessitera un examen du bien-fondé des systèmes d'information sanitaire pour les FESP;
 - Développer des réponses de politique appropriées.