

I. LE CANEVAS POUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

1. Rapport sur la santé dans le monde 2000

Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a inclus dans la définition du système de santé les soins de santé personnels, les interventions de santé publique et les initiatives intersectorielles dont l'objectif essentiel est d'améliorer la santé. Il reconnaît que le système de santé entraîne de nombreux résultats souhaitables sur le plan social, dont l'amélioration de la santé, les niveaux d'instruction et les revenus personnels. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a établi un ensemble succinct d'objectifs pour lesquels la contribution des actions de santé est suffisamment importante pour que ces objectifs soient mesurés régulièrement.

Un objectif est défini comme ayant une valeur intrinsèque s'il est souhaitable d'élever le niveau de réalisation en soi. Afin de s'assurer que chaque objectif mesure un résultat différent, il est également spécifié que chaque objectif intrinsèque doit être au moins partiellement indépendant de tous les autres, à savoir qu'il est possible d'élever le niveau de réalisation de cet objectif tout en maintenant un niveau constant pour les autres objectifs intrinsèques. Les buts instrumentaux ont été définis comme des résultats souhaitables parce qu'ils contribuent à la réalisation d'un objectif intrinsèque.

Afin de justifier la mesure régulière de la réalisation d'un objectif intrinsèque, deux critères supplémentaires ont été proposés. Le système de santé doit être en mesure d'apporter une contribution suffisamment importante à la réalisation de l'objectif pour justifier les dépenses liées à une mesure régulière, et l'impact du système de santé doit aussi être mesurable en routine.

Trois objectifs intrinsèques ont été reconnus en fonction de ces critères. L'objectif essentiel est d'améliorer la santé, à la fois le niveau moyen de la santé de la population et sa distribution parmi les individus (c'est-à-dire de réduire les inégalités en matière de santé). Le deuxième objectif intrinsèque est d'améliorer la capacité du système de santé de répondre aux attentes légitimes de la population quant aux dimensions d'amélioration extra-sanitaire de leur interaction avec le système de santé. La réactivité comprend également deux éléments -- le niveau moyen de la réactivité et son inégalité.

Le troisième objectif intrinsèque est l'équité de la contribution financière des ménages au système de santé. Bien qu'il ait été reconnu que d'autres objectifs, tels que le niveau d'instruction et les sources de revenu potentielles, puissent répondre aux critères d'un objectif intrinsèque, il a été estimé qu'il

n'était pas réalisable de mesurer régulièrement l'impact du système sur ces critères.

Un certain nombre d'objectifs instrumentaux, tels que la couverture des services de santé, ont été examinés dans le texte du Rapport sur la santé dans le monde 2000. Cependant, le niveau de réalisation de ces objectifs n'a pas été mesuré dans les tableaux de l'annexe. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a également défini quatre fonctions clés qui contribuent à la réalisation de l'objectif intrinsèque – le financement, la prestation de services, la production de ressources et l'administration générale. Le texte du rapport résume les bases factuelles disponibles relatives à ces fonctions de réalisation de l'objectif et d'efficacité, mais ne définit pas et ne mesure pas les indicateurs de performance de ces fonctions.

Le concept final proposé dans le canevas a été appelé la performance -- l'équivalent du concept économique d'efficacité. Il a été défini comme les contributions du système aux objectifs intrinsèques en tenant compte des apports utilisés pour les atteindre. L'efficacité des systèmes en matière de production de santé et l'indice composite de réalisation (composé des trois objectifs intrinsèques) ont fait l'objet d'une estimation.

2. Principaux commentaires et critiques

Huit commentaires et quatre réponses ont été publiés relativement au canevas (Almeida et coll. 2000; World Health Organization 2001a; DfID 2000; McKee 2001; Murray et Frenk 2001; Navarro 2000; Navarro 2001; Oswald Cruz Foundation 2000; Travassos et Buss 2000; World Health Organization 2001b; Williams 2001; Murray et coll. 2001). Seules les questions d'ordre général relatives au canevas sont examinées dans le présent document. Les débats et les suggestions sur des indicateurs spécifiques, la réalisation globale et l'efficacité sont examinés ultérieurement dans le présent rapport.

Définition du système de santé

Deux définitions opposées ont été exprimées. L'une énonçait que les limites du système de santé devraient correspondre rigoureusement aux activités contrôlées directement par le ministère de la santé – principalement les soins de santé personnels (World Health Organization: Regional Office for the Americas, 2001a). L'autre extrême est que les limites utilisées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 étaient trop restrictives en se limitant essentiellement aux interventions médicales et en ignorant les éléments sociaux plus vastes et peut-être les éléments spirituels (Navarro 2000; World Health Organization : Regional Office for the Americas, 2001b; Ugá et al. 2001; Oswald Cruz Foundation 2000).

Objectifs

Les discussions ont porté sur les objectifs intrinsèques pertinents qu'il fallait inclure dans la surveillance habituelle. De nouveau, deux points de vue divergents ont été exprimés. Le premier était que les systèmes de santé devraient se préoccuper uniquement de leurs contributions à la santé de la population et être évalués en fonction de ce seul critère afin que la santé de la population soit le seul objectif intrinsèque. Le point de vue contraire était que non seulement la santé, la réactivité et la contribution financière équitable devraient être incluses dans les objectifs intrinsèques, mais que d'autres objectifs devraient également être ajoutés (World Health Organization : Regional Office for the Americas 2001b). L'OCDE (Hurst 2002), à titre d'exemple, a adopté le concept de la réactivité dans le canevas proposé de performance des systèmes de santé, mais il l'a nommé « réactivité et accessibilité ». (L'accessibilité a été définie par l'OMS comme un objectif intermédiaire plutôt qu'un objectif intrinsèque – une plus grande accessibilité présente un intérêt uniquement si cela contribue à favoriser un des objectifs intrinsèques). En outre, l'OCDE a inclus le niveau de financement de la santé dans les objectifs intrinsèques, bien qu'elle n'ait pas tenté de déterminer le niveau optimal pour chaque pays.

D'autres approches pour déterminer les indicateurs qui pourraient éventuellement être utiles dans le canevas proposé pour évaluer la performance des systèmes de santé comprennent les fonctions de santé publique essentielles du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Cette approche définit onze fonctions clés comprenant une combinaison d'intrants, de fonctions et de résultats sans indice composite ni déclaration explicite de ce qui contribue plus ou moins à la performance d'un système de santé. L'approche « *benchmarks of fairness* » (critères d'évaluation de l'équité) de Daniels et coll. (2000) est semblable. Dans ce rapport, neuf critères d'évaluation sont utilisés pour évaluer l'impact des réformes des systèmes de santé sur l'« équité » – y compris l'évaluation de l'impact sur : la couverture des interventions clés tant pour le secteur de la santé que pour d'autres domaines (par ex. l'alphabétisation, l'éducation); les obstacles et les inégalités en matière d'accessibilité; le financement équitable; l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins; la responsabilité démocratique et l'auto-prise en charge; et l'autonomie. Chaque critère d'évaluation comprend de nombreux éléments et sous-indicateurs que les évaluateurs doivent mesurer subjectivement et incorporer à une évaluation composite de chaque critère d'évaluation sur une échelle de -5 à +5. Aucune pondération n'est suggérée pour un éventuel regroupement de tous les indicateurs. Les critères d'évaluation et leurs composantes comprennent les indicateurs qui seraient qualifiés d'objectifs intermédiaires dans le canevas de l'OMS ainsi que les éléments des objectifs intrinsèques de l'OMS (par ex. l'autonomie est une composante de la réactivité dans le canevas de l'OMS). Ces approches portent sur des questions très importantes relatives au fonctionnement du système de santé, et dans le cas du projet des critères d'évaluation, l'impact

des réformes sur l'équité. Ils ne sont pas censés présenter un canevas complet pour évaluer la performance d'un système de santé.

Attribution et mesure

Toutes les consultations régionales ont indiqué que la réalisation de l'objectif est influencée non seulement par les interventions sanitaires, mais également par les interventions extra-sanitaires. L'OMS a utilisé l'analyse statistique multivariée pour distinguer l'influence du système de santé des autres déterminants possibles. Certains commentateurs ont suggéré qu'il serait utile à la prise de décision de définir et de mesurer les indicateurs de cette partie de la réalisation globale de l'objectif jugée grandement déterminée par les activités du ministère de la santé, que ce soit à la place ou en plus des indicateurs de performance définis par l'OMS. Un exemple possible est le nombre de décès liés à des erreurs médicales qui sont plus directement contrôlables par le ministère de la santé que la mortalité toutes causes confondues.

Intrants

Peu de critiques ont été publiées sur l'utilisation des dépenses de santé par habitant comme indicateur global des intrants disponibles pour le système, bien que des questions de chronologie entre les intrants et les résultats aient été soulevées (Williams 2000; Ministry of Health, Vietnam 2001) et sont examinées à la Section XIV sur l'efficacité. Les consultations régionales ont également suggéré le besoin de mesurer les intrants de la production de la santé tels que les ressources humaines (World Health Organization: Regional Office for the Americas 2001b).

Fonctions des systèmes de santé

De nombreux commentateurs ont fait valoir que, bien que les informations concernant la réalisation d'un objectif intrinsèque soient importantes, il ne s'agit simplement que d'un point de départ. Il est indispensable de créer des indicateurs qui permettent aux responsables de l'élaboration des politiques d'« approfondir » afin de découvrir les causes possibles d'un mauvais rendement et les méthodes pour les améliorer (World Health Organization: Regional Office for the Americas 2001b; World Health Organization: Regional Office for the Eastern Mediterranean 2001). Ces indicateurs devraient être liés à la fonction clé du système de santé, ce qui renforcerait la pertinence de l'exercice de mesure en ce qui concerne la politique (Ollila et Koivusalo 2000).

Performance et efficacité -- Terminologie

Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, le terme « performance » est utilisé comme synonyme d'« efficacité » (Williams 2000). Dans le cadre d'un certain nombre de consultations régionales, il a été suggéré que l'«

évaluation de la performance des systèmes de santé » devrait être définie de manière à la mesure de la réalisation de l'objectif dans sa définition, ainsi que l'efficacité des apports utilisés et le mode de fonctionnement du système (World Health Organization: Regional Office for the Americas 2001b; World Health Organization: Regional Office for Europe 2001), tandis que le terme « efficacité » devrait être utilisé dans le sens plus restreint du rendement de l'utilisation des ressources pour atteindre les résultats souhaités.

Champ d'application

Les participants à la consultation régionale de l'Asie du Sud-Est ont suggéré qu'il serait utile d'élargir l'exercice de l'évaluation au niveau sub-national (World Health Organization: Regional Office for South-East Asia 2001), tandis que Wibulpolprasert et Tangcharoensathien (2001) font valoir qu'il pourrait être utilisé pour évaluer la performance de programmes ou d'interventions particulières.

3. Réponses et propositions de l'OMS

L'OMS propose de retenir la définition du système de santé utilisée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, ainsi que les trois objectifs intrinsèques. Bien que l'OMS reconnaisse que les responsables de l'élaboration des politiques souhaitent définir un niveau adéquat de dépenses de santé, les méthodes appropriées d'opérationnalisation du concept doivent être élaborées. Depuis la parution du Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS a tenté de rendre le canevas pertinent en termes de politique en définissant un ensemble d'indicateurs intermédiaires qui puissent être utilisés immédiatement par les responsables de l'élaboration des politiques, ce qui leur permettrait d'approfondir les causes possibles de la mauvaise performance. Ils sont liés aux quatre fonctions clés des systèmes de santé et sont examinés ultérieurement dans ce rapport. Elle a également commencé à développer des méthodes pour évaluer les apports des ressources humaines au système (voir Section III).

4. Commentaires et recommandations GESI

Définitions

La définition des systèmes de santé telle que proposée par le Secrétariat dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 est claire et acceptable. Les trois niveaux qualitatifs de la santé, à savoir les services de santé personnels, les services non personnels, et les interventions intersectorielles, sont acceptables et devraient être utilisés comme « cadre opérationnel ». Étant donné que la définition de la « santé » dans la Constitution de l'OMS comprend un état de complet bien-être physique, mental et social, il est suggéré que l'OMS pourrait travailler avec d'autres agences internationales

pour s'assurer que l'impact de la santé sur l'éducation et les revenus soit évalué à intervalles réguliers. Certains membres du GESI ont estimé que l'OMS pourrait envisager une interaction avec le PNUD afin de déterminer s'il est possible de modifier l'Indice du développement humain (IDH) en une sorte d'indice de développement humain ajusté de l'état de santé (IDHAES) en remplaçant l'espérance de vie (EV) par l'espérance de vie ajustée de l'état de santé (EVAES) dans l'IDH.

Dans le cadre de l'interaction avec d'autres agences internationales, il est également suggéré qu'ils peuvent procéder à une « évaluation de l'impact sur la santé » de leurs activités de façon systématique.

Objectifs

Les trois objectifs intrinsèques -- à savoir la santé, la réactivité et l'équité des contributions financières -- sont opérationnels et acceptables. Les pays se soucient également du niveau de financement, mais il est difficile de transposer en termes opérationnels le niveau idéal de financement de la santé pour chaque pays et il sera peut-être nécessaire de reporter l'intégration de ce point.

Les membres du GESI ont néanmoins admis l'importance de conserver les mesures des niveaux de financement dans les futures rapports (comme l'OMS le proposait), et l'intérêt d'une collaboration future de l'OMS avec l'OCDE pour travailler sur les niveaux optimums de dépenses de santé.

Attribution et mesure

Le GESI accepte la proposition du Secrétariat de mesurer la contribution du système aux résultats finaux souhaités. Bien que cela puisse être une tâche difficile dans les pays en voie de développement dont les capacités sont limitées, il faut commencer à déployer des efforts. Le GESI se félicite également de voir que l'on tente d'évaluer régulièrement des objectifs intermédiaires comme le Secrétariat l'a proposé. La disponibilité et la précision des données, la validité scientifique de la méthode, y compris la transparence des processus, sont des préoccupations majeures. Les réponses à ces questions par le Secrétariat de l'OMS ont été encourageantes parce que les faiblesses du Rapport sur la santé dans le monde 2000 ont été reconnues et des mesures ont été adoptées pour y porter remède.

Apports

Il est raisonnable d'utiliser les dépenses de santé comme apports principaux. Cependant, la disponibilité des données est primordiale dans ce secteur, et dans beaucoup de pays, il n'existe pas d'estimations raisonnables ou bien elles se contredisent. L'OMS devrait collaborer avec des agences internationales pour normaliser les méthodes et les estimations en fonction

de variables, telles que le PIB, les dépenses et les taux de change assurant la parité des pouvoirs d'achat. Elles devraient également développer les capacités des pays dans ce domaine. Le GESI se félicite aussi de voir que le Secrétariat étudie la possibilité d'évaluer l'importance de la main-d'œuvre et des investissements pour tous les Etats Membres.

Fonctions

Les quatre fonctions principales sont acceptables. Le GESI félicite le Secrétariat pour sa proposition de mesurer périodiquement un ensemble d'objectifs instrumentaux reliés à chacune des quatre fonctions ainsi qu'à des attributs donnés de ces fonctions. Il suggère que le travail sur l'exercice de critères d'évaluation de l'équité (Daniels et coll. 2000) pourrait apporter une contribution utile. Le GESI suggère que l'OMS envisage l'ajout d'une autre fonction, l'**organisation des ressources pour la santé** comme le suggèrent Kleczkowski, Milton et Van der Werff (1984). Cette fonction peut être intégrée entre la production de ressources et la prestation de services. Il est logique de penser qu'après avoir généré des ressources, on les organise, et on offre ensuite les services. Toutefois, il est possible que cela fasse en fait partie des autres fonctions.

Performance

Le GESI recommande que le terme « performance » soit redéfini pour inclure la mesure de la réalisation de l'objectif, ainsi que l'efficacité de l'utilisation des intrants et le mode de fonctionnement du système. L'« efficacité » devrait alors être utilisée dans un sens plus restreint pour représenter le concept de rendement.

Un plan stratégique

Le GESI reconnaît que la mise en pratique de l'évaluation de la performance des systèmes de santé du Rapport sur la santé dans le monde 2000 a stimulé une nouvelle réflexion sur la performance des systèmes de santé, et a rendu attentif à l'impérieuse nécessité d'avoir de meilleures informations sanitaires (en particulier les données d'état civil, le financement des soins de santé, les données sur la morbidité et la mortalité, et la réactivité). Il recommande que l'OMS élabore un plan stratégique pour améliorer la disponibilité et la précision des données de toutes les variables aux niveaux mondial, régional et national. Des plans spécifiques, y compris l'Enquête sur la santé dans le monde, devraient être élaborés et mis en œuvre avec des cibles précises à réaliser. Il est peut-être possible de mobiliser des ressources supplémentaires auprès des agences internationales dans ce but.

Autres suggestions

Questions	Améliorations
1. Mesures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La demande de désagrégation supplémentaire devrait être traitée avec grand soin. Seules les variables les plus importantes devraient être mesurées régulièrement.
2. Non-disponibilité et précision des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration des indicateurs par une meilleure interaction entre la revue par des experts indépendants et la rétro-information des utilisateurs. ▪ Fournir un appui plus important pour soutenir des systèmes nationaux d'information afin d'élever la couverture et la précision des données disponibles. ▪ Améliorer l'estimation grâce à une revue des éléments par des experts indépendants utilisant des techniques scientifiques éprouvées. ▪ La transparence par le biais d'une explication détaillée des sources de données et des techniques d'estimation.
3. Méthodologies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démystification par le biais du renforcement des capacités, de la création de réseaux et d'instituts mondiaux, régionaux, infra-régionaux et nationaux destinés à travailler à l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Il faut davantage de formation, de publications, d'enquêtes et de recherches. ▪ Impliquer plus de chercheurs dans les futures consultations. ▪ Élargir l'examen par des experts indépendants aux méthodologies. ▪ La description des méthodes utilisées et les commentaires, ainsi que les stratégies actuelles d'amélioration, devraient être présentés et accessibles au public.
4. Palmarès	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La décision de continuer à publier des palmarès est une décision stratégique qui incombe à l'OMS. Si l'OMS décide de continuer à le faire, elle devrait inclure davantage d'explications et faire preuve de circonspection. Pour plus de détails sur cette question, voir section XI « Indicateurs composites ». ▪ Des incitations peuvent être offertes aux pays les moins bien classés, sous la forme par ex. d'un plus grand appui de l'OMS, d'un soutien financier plus important de la part des donateurs, d'une récompense en cas d'amélioration lors du prochain cycle d'évaluation.

5. Références

Almeida C., Braveman P., Gold M., Szwarcwald C., Ribeiro J.M., Miglionico A., Millar J.S., Porto S., do Rosario Costa N., Rubio V.O., Segall M., Starfield B., Travassos C., Uga A., Valente J., Viacava F. (2001). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* **357**(9269):1692-697.

Daniels N., Bryant J., Castano R.A., Dantes O.G., Khas K.S., Pannarunothai S. Points de référence de l'équité pour la réforme des soins de santé : un outil pour l'élaboration des politiques dans les pays en voie de développement. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 78(6): 740.

DfID (2000). World Health Report – Summary and Comments. DFID (Department for International Development, Royaume-Uni) Resource Centre for Health Sector Reform, (Version préliminaire 10 - juillet).

Hurst, J. (2002): Performance measurement and improvement in OECD health systems: Overview of issues and challenges. *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. Organization for Economic Co-operation and Development.

Kleczkowski Bogdan M., Milton I. Roemer et Van der Werff A. Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous principes directeurs pour l'élaboration des politiques. Organisation mondiale de la Santé, Cahiers de santé publique n° 77, Genève : 1984.
Accès électronique : http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_fre.pdf.

McKee M. (2001) Measuring the efficiency of health systems. The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. *BMJ* **323**(7308):295-6.

Ministry of Health, Vietnam (2001): Comments and suggestions of Vietnam Ministry of Health/Health Policy Unit as regards the World Health Report 2000

Murray C.J.L., Frenk J. (2001). World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet* **357**(9269):1698-700.

Murray C.J.L., Frenk J., Evans D., Kawabata K., Lopez A., Adams O. (2001). Science or Marketing at OMS? A Response to Williams. *Health Economics* **10**(4):277-282.

Navarro V. (2000). Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* **356**(9241):1598-1601.

RAPPORT DU GESI SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Navarro V. (2001) World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk. *Lancet* **357**(9269):1701-2.

Ollila, E. and M. Koivusalo (2000): Values, ideologies and evidence-based recommendations -- The World Health Report 2000: WHO's health policy drifting off course. In eds. U. Häkkinen and E. Ollila. *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish Experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES).
[<http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>]

Oswald Cruz Foundation – Ministry of Health. Reports of the workshop "Health Systems Performance – The World Health Report 2000". Rio de Janeiro, 14-15 décembre 2000.

OMS (2001a). The Methods and Data used in the World Health Report 2000: A Response to Almeida et coll. OMS, (septembre).

Organisation mondiale de la Santé (2001b) Methods and data used in the World Health Report 2000. A response to the commentary made by the Brazilian Delegation to the Executive Board, 17th and 19th of January, 2001. OMS.

Travassos C., Buss P.M. (2000) The controversial World Health Organization report. Editorial. *Cad. Saude Publica* **16**(4):890-891.

Ugá, A. D., C. M. Almeida, C. L. Szwarcwald, C. Travassos, F. Viacava, J. M. Ribeiro, N. R. Costa, P. M. Buss, and S. Porto (2001): Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saude Publica*, 17(3): 705-712.

Wibulpolprasert, S. and V. Tangcharoensathien (2001): Health systems performance: what's next? *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6): 489.

Williams A. (2001). Science or Marketing at OMS? A commentary on "World Health 2000". *Health Economics* **10**(2):93-100.

Williams, A. (2001): Science or marketing at WHO? Rejoinder from Alan Williams. *Health Economics*, 10(4): 283-285.

WHO Regional Office for the Americas (2001a): Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment, Background Document: Critical issues in health systems performance assessment. Washington, D.C.

***LE CANEVAS POUR L'ÉVALUATION DE LA
PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ***

WHO Regional Office for the Americas (2001b): Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 8-5-2001, Washington, D.C.

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2001): Report on the Regional Consultation on the Conceptual Framework for Health System Performance Assessment. 9-7-2001, Ain Saadeh, Lebanon.

WHO Regional Office for Europe (2001): Report of the Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment. 3-9-2001, Copenhagen.

WHO Regional Office for South-East Asia (2001): Report of the regional consultation and technical workshop on health systems performance assessment. 18-6-2001, New Delhi, India.

