

XI. RÉALISATION DES OBJECTIFS COMPOSITES

1. Rapport sur la santé dans le monde 2000

Un indice composite de la réalisation des objectifs a été conçu pour chaque État Membre en effectuant la somme pondérée de la réalisation de chaque objectif intrinsèque (Gakidou et coll. 2000; Murray et coll. 2000). Les pondérations ont été obtenues à partir d'une enquête internet auprès d'informateurs clés à laquelle ont participé plus de 1 600 personnes de plus de 100 pays. Cinquante pour cent de la pondération totale était attribué à la santé (25 % au niveau moyen et 25 % à l'inégalité), 25 % à l'équité de la contribution financière et 25 % à la réactivité (12,5 % au niveau moyen et 12,5 % à l'inégalité). Pour les résultats des indices de réalisations et de leurs classements, on a indiqué les intervalles d'incertitude.

2. Principaux commentaires et critiques

Le sujet de l'indicateur composite est probablement celui qui a suscité plus de commentaires et de critiques que toute autre question relatives au Rapport sur la santé dans le monde 2000. Certains commentaires ont été favorables : par exemple, la consultation régionale pour l'Afrique a suggéré qu'un indice composite pouvait être utile pour faire des comparaisons (World Health Organization, Regional Office for Africa 2001). La consultation régionale pour les Amériques a fait observer que la comparaison directe rendue possible par l'indice composite pouvait aider les ministères de la Santé à susciter un plus grand intérêt au plan politique (World Health Organization, Regional Office for the Americas 2001). Plusieurs consultations ont indiqué que l'indice composite pouvait servir à comparer les systèmes de santé dans les pays ayant des caractéristiques économiques ou autres semblables. Certains ont été d'avis que l'indice pouvait servir dans l'avenir si la réflexion scientifique sous-jacente était améliorée (World Health Organization, Regional Office for south-East Asia 2001).

On a aussi exprimé beaucoup d'opinions contradictoires (par exemple, Uga et coll. 2001; Hurst et Jee-Hughes 2001; Almeida et coll. 2001). Ces arguments peuvent être rendus sous deux grands titres : objections de principe et objections scientifiques. Les objections de principe peuvent se résumer comme suit:

- Les pays ont des priorités et des objectifs différents en ce qui concerne leur système de santé, qu'un indice composite unique ne peut pas saisir (Navarro 2000 et 2002; Oswaldo Cruz Foundation 2000);

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

- Les pays fonctionnent dans des conditions environnementales, économiques et politiques différentes, et la comparaison est inappropriée ou infaisable (Nord 2002; Häkkinen 2000);
- L'indice composite n'est pas utile puisqu'il ne sert de repère à aucune politique – plus de données désagrégées sont nécessaires (Nord 2002);
- Beaucoup de pays n'ont pas la capacité d'interpréter les implications de l'indice et pourraient ainsi donner des réponses inadéquates en termes de politiques;
- Les classements implicites de l'indice composite amènent une couverture médiatique qui pourrait être inutile ou trompeuse (Lancet 2001).

Les objections scientifiques apportées à l'indice composite du Rapport sur la santé dans le monde 2000 peuvent se résumer comme suit:

- Il n'y a eu aucun accord sur l'à-propos universel des cinq composantes de l'indice (Coyne et Hilsenrath 2002);
- Les composantes de l'indice se rapportent à des définitions différentes des systèmes de santé (par exemple, les résultats sur la santé se définissent de façon très large, et la réactivité a une définition très étroite basée essentiellement sur les soins de santé);
- Les composantes de l'indice se réfèrent à différentes périodes de temps (par exemple, les résultats sur la santé à une longue période et la réactivité à la période en cours);
- Le ré-échelonnage des indicateurs des composantes sur une échelle de 0 à 100 est arbitraire, et ses conséquences difficiles à comprendre;
- Les pondérations utilisées dans l'indice composite proviennent d'entrevues auprès d'informateurs clés et ne représentent pas les préférences de la population (Almeida et coll. 2000; Williams 2000; Smith 2002);
- La méthodologie pour fixer les pondérations est incorrecte – particulièrement, le questionnaire utilisé n'a pas été très clair quant à l'évaluation *marginale* relative requise d'une unité additionnelle de la performance (Smith 2002);
- La mesure des composantes séparées de l'indice est faible;
- Le traitement des « données manquantes » est inadéquat, et il y en a trop pour que l'indicateur composite soit crédible (Nord 2002; McKee 2001; Häkkinen 2000);
- Les classements rapportés dans le rapport sur la santé dans le monde 2000 sont sensibles aux pondérations utilisées (Oswaldo Cruz Foundation 2000);
- Les méthodes utilisées n'ont pas été validées et n'ont pas été soumises à un examen scientifique adéquat.

Au nombre des recommandations spécifiques trouvées dans la littérature, on peut noter les points suivants :

- L'OMS devrait publier les données sous-jacentes, plutôt que de les agréger en un seul indice;
- Les comparaisons ne devraient être rapportées que pour les groupes de pays comparables;

- Différentes transformations (telles que les écarts réduits) devraient être utilisées pour mesurer les composantes (Oswaldo Cruz Foundation 2000);
- Des pondérations ou mesures de composantes différentes pourraient être utilisées pour différents groupes de pays, pour refléter les différences de situations, les différentes priorités et les différents objectifs;
- L'OMS devrait proposer davantage de ressources pour comprendre les scores composites et les traduire en mesures applicables localement;
- Les mesures de satisfaction, de couverture et de processus devraient être inclus dans l'indice;
- On devrait adopter une meilleure méthodologie pour inférer les pondérations (Appleby and Street 2001);
- Une meilleure méthodologie devrait être adoptée pour analyser les incertitudes;
- L'OMS devrait envisager de déployer des efforts de recherche et développement sur l'utilisation des indices composites.

Beaucoup de suggestions différentes ont été faites sur l'intérêt de continuer la publication d'un indice composite. Certains participants des consultations régionales ont été d'avis que l'indice du développement humain avait joué un rôle utile dans la mobilisation de l'opinion et de l'engagement politique, et qu'un indice composite de la réalisation des objectifs du système de santé pourrait jouer un rôle similaire. Tout à l'opposé, certains critiques ont été d'avis que l'OMS devrait publier les données sous-jacentes sur la réalisation des objectifs individuels, mais ne devrait pas totaliser les résultats dans un seul indice (Nord 2002).

D'autres commentateurs ont pensé que l'OMS ne devrait comparer que des grappes de pays comparables (plutôt que tous les 191 pays membres pris ensemble) et qu'il serait approprié d'utiliser différentes séries de pondérations ou d'objectifs pour différents groupes de pays (Nord 2002). Si l'OMS décidait de continuer d'utiliser un indice de réalisation composite, elle devrait offrir plus de ressources aux pays pour qu'ils en comprennent la signification et pour convertir les résultats de l'exercice en une meilleure politique.

3. Réponses et propositions de l'OMS

L'OMS a analysé certaines des critiques ci-dessus pour se préparer aux réunions du GESI. Par exemple, la variabilité des pondérations a été explorée à partir d'échantillonnages représentatifs des populations dans plus de 60 pays dans le cadre de l'Enquête OMS multipays 2000-2001. Bien que les pondérations varient, la pondération moyenne rapportée pour l'une ou l'autre des composantes n'était égale à zéro dans aucune enquête auprès des ménages. On a présenté au GESI les scores de 53 pays pour lesquels les données ont été analysées ($n > 51\ 000$), et les pondérations moyennes étaient de 46 % pour la santé (25 % pour le niveau moyen et 21 % pour l'inégalité), 26 % pour l'équité de la contribution financière et 28 % pour la

réactivité (15 % pour le niveau moyen et 13 % pour l'inégalité). Ces pondérations étaient similaires aux pondérations obtenues de l'enquête menée par internet en 2000.

L'OMS a aussi étudié deux méthodes pour recalculer l'ensemble des indices des réalisations ayant fait l'objet du Rapport sur la santé dans le monde 2000 pour tenir compte des différences entre les pondérations observées dans l'Enquête multi-pays (Lauer et coll. 2002). Dans la première méthode, on a permis aux pondérations de chaque pays de varier entre le minimum et le maximum des pondérations observées dans tous les pays enquêtés. Pour chaque pays, les pondérations ont été choisies à l'intérieur de cet intervalle de manière à maximiser l'ensemble de ses scores de réalisation, d'après les scores des pays pour les cinq objectifs séparés. Cette procédure a donné le plus haut score pour l'ensemble des réalisations pour chaque pays (avec pondérations contraintes de rester dans les intervalles observés) et a été nommée score « au bénéfice du doute ». La corrélation entre les scores du Rapport sur la santé dans le monde 2000 et les scores « au bénéfice du doute » était de 0,997.

Dans la deuxième méthode, on a aussi contraint les pondérations à rester à l'intérieur des intervalles observés dans les pays participant à l'enquête, mais des techniques de programmation mathématiques (analyse d'enveloppement des données) utilisées dans la recherche opérationnelle ont été appliquées pour déterminer les meilleures pondérations pour chaque pays. Les pondérations ainsi calculées ont produit un troisième score de réalisation d'ensemble. La corrélation des classements entre ce score alternatif « au bénéfice du doute » pour les pays et le score original du Rapport sur la santé dans le monde 2000 est de 0,984. L'utilisation de ces deux types de pondération « au bénéfice du doute » a entraîné un changement de classement des pays, mais tous les classements sont restés à l'intérieur des intervalles d'incertitude indiqués dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000.

L'OMS a donc proposé au GESI de continuer à calculer et à faire régulièrement rapport sur l'indice composite. Ceux qui préfèrent se concentrer sur les objectifs individuels peuvent le faire puisque que les scores séparés seront aussi publiés. Pour fournir une base de comparaison, la moyenne des pondérations entre les pays sera utilisée pour évaluer l'indice de réalisation d'ensemble. L'ensemble des réalisations qui utilisent les pondérations « au bénéfice du doute » sera aussi publié, sur la base des pondérations estimées pour chaque pays. Enfin, l'OMS continuera à chercher à savoir s'il existe des déterminants systématiques pour les pondérations des pays, et elle étudiera d'autres méthodes pour obtenir des pondérations par objectif, notamment en utilisant dans les enquêtes des questions portant sur les avantages compensatoires.

4. Commentaires et recommandations du GESI

Smith (2002) a étudié la possibilité d'établir un score composite de la performance des systèmes de santé. En quelques mots, les arguments en faveur de l'établissement d'indicateurs composites de la performance (distincts d'une prise en compte séparée des indicateurs qui les composent) sont les suivants:

- Ils placent la performance du système au centre de l'arène politique et attirent l'attention des décideurs politiques sur la question.
- Ils peuvent offrir une évaluation arrondie de la performance des systèmes de santé.
- Ils permettent des évaluations ultérieures sur l'efficacité des systèmes.
- Ils facilitent la communication avec les citoyens et encouragent à rendre des comptes.
- Ils indiquent quels systèmes ont la meilleure performance.
- Ils indiquent quels systèmes doivent prioritairement déployer des efforts d'amélioration.
- Ils pourraient stimuler la recherche de meilleures données et de meilleures analyses sur tous les soins de santé.
- L'utilisation d'une mesure composite de la performance reconnaît qu'un compromis peut être établi entre les différents objectifs et laisse les décideurs politiques locaux libres de décider quels indicateurs leur donnent la plus grande possibilité d'amélioration.

À l'opposé, l'utilisation d'indicateurs composites (de préférence à un examen de chacune des mesures de performance) peut mener à des dysfonctionnements pour les raisons suivantes.

- En regroupant des mesures individuelles de la performance, les indicateurs composites pourraient camoufler de sérieux défauts de certaines parties de certains systèmes.
- À mesure que les indicateurs de performance font l'objet d'une agrégation plus poussée, il est de plus en plus difficile de savoir à quoi attribuer une faible performance et donc, quelle action correctrice prendre.
- Les éléments individuels utilisés dans l'indicateur composite peuvent être souvent litigieux.
- Un indice composite qui vise une couverture globale pourrait avoir à reposer sur des données très faibles ou non transparentes de certaines dimensions de la performance.
- Un indice composite qui ignore des dimensions de performance difficiles à mesurer pourrait donner des messages trompeurs et fausser le comportement de manière indésirable.
- La méthodologie actuelle pour le calcul des pondérations est encore inadéquate.
- Les pondérations utilisées dans les indicateurs composites ne reflètent qu'une seule série de préférences. Cependant, il pourrait exister une grande diversité parmi les décideurs politiques et les citoyens ordinaires –

en bref, un indicateur composite ne respecte pas les points de vue alternatifs.

À la lumière de ces observations, le GESI considère que la première exigence est que l'OMS prenne une décision stratégique, à savoir si elle désire poursuivre la publication des scores composites et des classements. Les pondérations des objectifs des systèmes de santé fixées par les individus et les nations variera toujours, et la décision d'établir un score composite est donc finalement une décision stratégique (ou politique) plutôt qu'un jugement scientifique. Toutefois, les difficultés scientifiques d'ordre pratique rencontrées dans l'établissement d'un résultat composite satisfaisant pourraient être un élément important dans l'élaboration de cette décision stratégique.

Si on décide de continuer à publier un score composite de réalisation, le GESI croit que l'OMS devrait rappeler clairement que la science des indices composites en est encore à ses débuts. Tout résultat provenant de cette analyse ne devrait pas être vu comme un jugement définitif sur les réalisations des systèmes de santé. De surcroît, les questions scientifiques suivantes se posent:

- (i) Le fait que les diverses composantes de l'indice composite se rapportent aux différents concepts des « systèmes de santé » exige un examen minutieux. Par exemple, il est irréaliste d'attribuer les résultats actuels en matière de santé aux systèmes de santé actuels. C'est pourquoi nous recommandons que les composantes de l'indice composite soient réétudiées à la lumière des réactions au Rapport sur la santé dans le monde 2000. Une possibilité serait de voir si certaines mesures de processus doivent être incluses.
- (ii) La qualité d'un grand nombre de données utilisées pour établir l'indice composite du Rapport sur la santé dans le monde 2000 était faible. Nous voyons d'un bon œil les efforts entrepris depuis lors par l'OMS pour améliorer la qualité des instruments de mesure utilisés et la disponibilité des données, et recommandons qu'on accorde une grande priorité au processus d'amélioration des données.
- (iii) Le traitement des « données manquantes » du Rapport sur la santé dans le monde 2000 est insuffisamment documenté. Nous nous réjouissons de voir les premiers signes que l'OMS commence à se pencher sur ce problème (Murray et coll. 2001). Le GESI recommande que la méthodologie de l'OMS dans ce domaine soit approfondie, en collaboration avec des experts du domaine, et que les jugements techniques portés sur le traitement des « données manquantes » soit transparents et bien documentés.
- (iv) Le GESI se félicite de voir adopter le principe de la publication des intervalles d'incertitude concernant les estimations de réalisation.

L'analyse des incertitudes incluse dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 comprenait l'élaboration des distributions (des estimations de réalisation) sur la base des erreurs d'échantillonnages et des estimations de paramètres. Cependant, elle ne comprenait pas les sources d'erreurs de « deuxième ordre », telles les spécifications de modèles ou des erreurs de mesures. Nous recommandons une approche plus transparente du traitement de l'incertitude, ce qui pourrait, entre autres, exiger qu'on réétudie la base des « distributions d'échantillonnages » à partir desquels on a calculé les intervalles d'incertitude.

- (v) Pour établir l'indicateur composite, chacun de ses constituants est transformé sur une échelle commune de 0 à 100. Ces transformations sont inextricablement liées à une série de pondérations utilisées dans le score composite et devraient, en principe, être conçues de façon à ce que la série choisie soit valable pour tous les niveaux de réalisation. (Par ailleurs, on pourrait permettre aux pondérations de varier selon le niveau de réalisation.) Nous recommandons donc que l'OMS réétudie les méthodes qu'elle utilise pour transformer les indicateurs et qu'elle s'assure qu'ils soient cohérents avec la série de pondérations utilisées.
- (vi) On a critiqué à juste titre le calcul des pondérations utilisé dans l'indice composite du Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour plusieurs raisons. Il est impératif que l'OMS réétudie sa méthodologie pour le calcul des pondérations pour que ces pondérations inférées correspondent bien aux échelles utilisées pour mesurer une unité supplémentaire de réalisation dans chaque dimension. Le GESI note avec plaisir que l'OMS cherche à fonder les pondérations dérivées sur une base plus représentative (au moyen de l'Enquête sur la santé dans le monde) et à utiliser des méthodes plus scientifiques pour déterminer les préférences des répondants. Nous recommandons que ces efforts soient poursuivis avec vigueur, en collaboration avec des experts du domaine.
- (vii) Le GESI croit qu'il est impératif que les décideurs politiques et les autres utilisateurs soient en mesure de comprendre et d'agir sur toutes les mesures composites de la performance. À cette fin, il recommande que, parallèlement aux techniques d'amélioration, l'OMS fasse l'impossible pour améliorer la capacité des utilisateurs. Les méthodes possibles incluent :
- Exposer de façon transparente les sources de données et les méthodes utilisées (les limites et les avantages);
 - Présenter plus de données non regroupées afin de permettre de faire un travail en profondeur, en vue de mieux comprendre les composantes d'un score composite, peut-être sous forme d'un tableau synoptique de performance;
 - Développer localement les capacités d'analyse.

- (viii) Le point de départ naturel pour évaluer la performance est la variation de réalisation d'un pays d'une année à l'autre. Le GESI s'inquiète de ce que l'indice composite d'un pays puisse changer d'année en année tout simplement à cause des changements dans la méthodologie. Il recommande donc que l'OMS étudie de près la façon d'offrir aux pays des séries chronologiques de données utiles qui ne se prêteraient pas à une mauvaise interprétation.

5. Références

- Almeida, C. M., P. Braveman, M. R. Gold, C. L. Szwarcwald, J. M. Ribeiro, A. Miglionico, J. S. Millar, S. Porto, N. R. Costa, V. O. Rubio, M. Segall, B. Starfield, C. Travassos, A. Ugá, J. Valente, and F. Viacava (2001): Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357(9269): 1692-1697.
- Appleby, J. and A. Street (2001): Health system goals: life, death, and...football. *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(4): 220-225.
- Coyne, J. S. and P. H. Hilsenrath (2002): The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health*, 92(1): 30-33.
- Gakidou, E. E., C. J. L. Murray, and J. Frenk (2000): Measuring preferences on health system performance assessment. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers, No. 20. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Häkkinen, U. (2000): Assessment of the goal attainment and efficiency of health systems in the World Health Report 2000. 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>]
- Hurst, J. and M. Jee-Hughes (2001): Performance measurement and performance management in OECD health systems. *Labour Market and Social Policy - Occasional Papers*, No. 47. Paris, France: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Lancet (2001): Why rank countries by health performance? Editorial. *Lancet*, 357(9269): 1702-1703.
- Lauer, J., D. Evans, and C. J. L. Murray (2002): Measuring health system attainment: the impact of variability in the importance of social goals. Global Programme on Evidence for Health Policy, mimeo. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- McKee, M. (2001): Measuring the efficiency of health systems. *British Medical Journal*, 323(7308): 295-296.
- Murray, C. J. L., C. Mathers, J. Salomon, and A. Lopez (2001): Evidence for health policy: Dealing with missing data, uncertainty and ignorance. Global Programme on Evidence for Health Policy, mimeo. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Murray, C. J. L., J. Lauer, A. Tandon, and J. Frenk (2000): Overall health system achievement for 191 countries. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers, No. 28. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

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

Navarro, V. (2002): The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health*, 92(1): 31-34.

Nord, E. (2002): Measures of goal attainment and performance: A brief, critical consumer guide. *Health Policy*, 59(3): 183-191.

Oswaldo Cruz Foundation, Brazilian Ministry of Health (2000): Report of the workshop "Health Systems Performance: The World Health Report 2000". 14-12-2000, Rio de Janeiro.

Rosén, M. (2001): Can the WHO Health Report improve the performance of health systems? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1): 76-80.

Smith, P. (2002): Developing composite indicators for assessing overall system efficiency. In ed. P. Smith. *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. Paris, France: OECD.

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.

Williams, A. (2000): Science or marketing at WHO? 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.

World Health Organization (2000): *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO Regional Office for Africa (2001): General Report on the Regional Consultative Meeting on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 18-5-2001, Harare, Zimbabwe. [Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport de la consultation régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé (Harare, juillet 2001). Harare, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.]

WHO Regional Office for the Americas (2001): Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 8-5-2001, Washington, D.C. [Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Rapport de la consultation régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé (Washington, DC, juin 2001). Bureau régional de l'OMS pour les Amériques]

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. [Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est. Rapport de la consultation régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé. (New Delhi, juin 2001). New Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est.]

