



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent septième session
Point 3.6 de l'ordre du jour provisoire

EB107/9
14 décembre 2000

Evaluation de la performance des systèmes de santé

Rapport du Secrétariat

1. L'OMS s'est attachée à améliorer le développement des systèmes de santé nationaux en appuyant l'évaluation systématique, par les ministères de la santé, de la performance des systèmes de santé des pays. Le présent rapport décrit le cadre pour l'évaluation de la performance ; les indicateurs, méthodes et données utilisés pour évaluer la performance ; la rédaction d'un premier rapport sur la performance des systèmes de santé dans le monde (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*) ; les réactions des ministres de la santé au rapport ; et les plans pour les travaux futurs. Il résume les commentaires transmis au Directeur général entre août et octobre 2000 par les ministres de la santé de 20 pays au moins et les observations faites par des ministres et des délégués à la quarante-deuxième réunion du Conseil directeur de l'OPS/cinquante-deuxième session du Comité régional des Amériques. Le Conseil directeur de l'OPS/Comité régional des Amériques a adopté une résolution dans laquelle il a demandé que cette question soit inscrite à l'ordre du jour de la cent septième session du Conseil exécutif. La question a été débattue par les membres du Conseil exécutif lors de leur retraite (Hertenstein, Suisse, 12-14 novembre 2000).

ELABORATION DU CADRE POUR L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE

2. Le renforcement de systèmes de santé durables est l'une des quatre orientations définies dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, qui a été approuvée par le Conseil exécutif à sa cent cinquième session en janvier 2000. L'objectif spécifique, qui reflète les notions et valeurs fondamentales de la stratégie mondiale de la santé pour tous, est de « mettre en place des systèmes de santé qui favorisent une amélioration équitable des prestations de santé, répondent aux attentes légitimes des individus et soient financièrement justes ».

3. L'OMS – le Secrétariat et les Etats Membres – a établi une base plus solide pour le développement des systèmes de santé nationaux. Depuis 1998, l'accent a été mis sur des approches normalisées pour évaluer l'état des systèmes de santé. Dans un premier temps, on s'est mis d'accord sur un cadre pour l'évaluation de la performance de ces systèmes.

4. Ce cadre a pour objet :

- d'aider les Etats Membres, avec le concours de la communauté internationale de la santé publique, à suivre et analyser méthodiquement leurs systèmes de santé, en utilisant un ensemble de résultats critiques des systèmes de santé ;
- de réunir des données factuelles solides sur la relation entre l'organisation et les résultats des systèmes de santé, afin de fournir aux gouvernements l'information dont ils ont besoin pour élaborer des politiques de santé ;
- de permettre aux utilisateurs de mieux comprendre les fonctions des systèmes de santé et d'accéder aux informations sur la mesure dans laquelle les résultats des systèmes de santé sont obtenus.

5. Le cadre couvre les délimitations, les buts, les fonctions et la performance des systèmes de santé.

6. **Délimitations des systèmes de santé.** On considère que l'ensemble des ressources, des organisations et des acteurs qui entreprennent ou soutiennent des actions sanitaires (c'est-à-dire des actions dont le but principal est de protéger, promouvoir ou améliorer la santé) fait partie du système de santé. Toutefois, l'éducation, bien que considérée comme un déterminant clé des résultats sanitaires, ne fait pas partie du système.

7. **Buts des systèmes de santé.** On distingue trois buts : une bonne santé, la réactivité du système de santé aux attentes légitimes du public, et l'équité de la contribution financière.

8. **Fonctions des systèmes de santé.** Le cadre définit quatre fonctions qui sont indispensables à la réalisation de ces buts : le financement (y compris la collecte des recettes, la mise en commun des fonds et les achats), la fourniture de services de santé personnels et non personnels, la production de ressources, et l'administration générale. Cette dernière fonction, qui consiste en la surveillance et l'orientation de l'ensemble du système de santé – tant privé que public – de sorte qu'il fonctionne de manière optimale, comprend la direction (politique sanitaire) et l'influence (réglementation et sensibilisation), fondées sur les meilleures informations sanitaires disponibles.

9. **Performance des systèmes de santé.** Les ministres de la santé et autres décideurs doivent savoir dans quelle mesure le système de santé contribue à l'obtention des résultats généraux, si cette contribution peut être accrue en modifiant l'investissement des ressources actuellement disponibles (*efficience* du système de santé), et si, dans le cas où des changements ont été apportés (p. ex. dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire), ils ont rendu les systèmes de santé plus performants.

INDICATEURS, METHODES ET DONNEES UTILISES POUR EVALUER LA PERFORMANCE

10. L'OMS a adopté le cadre ci-dessus pour procéder à une évaluation comparable de la performance des systèmes de santé. Les trois buts des systèmes de santé se traduisent en cinq résultats distincts : le niveau de santé atteint dans une population, l'équité en matière de santé au sein de cette population, la réactivité du système de santé, l'équité en matière de réactivité, et l'équité de la contribution financière. L'évaluation de la performance suppose des indicateurs clairement définis de chaque résultat, des méthodes permettant de les mesurer, des stratégies pour la collecte des données, et des procédures pour synthétiser les résultats et les notifier régulièrement.

11. **Niveau de santé.** En s'appuyant sur 15 années de travaux, l'OMS a introduit l'*espérance de vie en bonne santé*, basée sur l'espérance de vie à la naissance, mais comportant un ajustement pour le temps passé en mauvaise santé, afin de mesurer le niveau de santé atteint dans une population. On mesure la *mortalité* en utilisant les données relatives à la mortalité par âge provenant des registres d'état civil, les résultats des enquêtes sur la mortalité chez les enfants et les adultes, et les systèmes d'enregistrement par échantillon. On mesure le *temps passé en mauvaise santé* en s'appuyant sur les études de la charge de morbidité et sur les résultats normalisés d'enquêtes transversales menées au moyen d'instruments mis au point en utilisant la Classification internationale des fonctionnalités et incapacités.

12. **Distribution de la santé.** L'OMS propose que les pays mesurent la distribution de l'espérance de vie en bonne santé au sein des populations en utilisant les données provenant des registres d'état civil et des enquêtes transversales. Même si les méthodes et les ensembles de données nécessaires à cette fin sont en cours d'amélioration, des données sur la survie de l'enfant émanant de telles sources sont disponibles et permettent de mesurer les inégalités en matière de survie de l'enfant. Pour le moment, l'OMS utilise l'inégalité en matière de survie de l'enfant comme indicateur principal de la distribution de la santé au sein d'une population.

13. **Niveau et distribution de la réactivité.** L'indicateur de réactivité du système de santé est destiné à refléter l'autonomie, la dignité et la confidentialité, ainsi que l'orientation du client qui caractérise les interactions des individus avec différentes parties du système. Il diffère de l'indicateur de *satisfaction* à l'égard des services de santé, qui reflète plutôt ce que les gens attendent des services ; la *réactivité* traduit l'expérience vécue d'une manière qui permet des comparaisons. L'OMS a mis au point et essayé sur le terrain un instrument d'enquête qui fournit des données sur la réactivité ; conçu pour assurer une comparabilité transculturelle des données, il a été éprouvé dans de nombreux pays et donne des résultats à la fois fiables et valables. Une enquête systématique sur un échantillon de ménages est en cours dans plus de 60 pays ; les données sont complétées par les résultats d'enquêtes peu coûteuses auprès d'informateurs clés dans presque tous les pays. Ces résultats sont validés par comparaison avec ceux de l'enquête sur l'échantillon.

14. **Équité de la contribution financière.** Cet indicateur, qui correspond à la mesure dans laquelle les ressources pour les soins de santé sont générées selon des modalités qui reflètent la capacité des gens à payer, représente la part de revenu que chaque ménage apporte au système de santé après avoir satisfait ses besoins en matière de subsistance. Le calcul de cette contribution tient compte de l'impôt, de la sécurité sociale, de l'assurance privée et des paiements directs. Les données relatives à cet indicateur sont tirées des enquêtes sur les revenus et les dépenses, qui sont entreprises par presque tous les Etats Membres, des informations sur les régimes d'imposition et de sécurité sociale et, le cas échéant, de la comptabilité sanitaire nationale.

15. **Ressources mises à la disposition du système de santé.** Lorsqu'elle existe, la comptabilité sanitaire nationale permet aussi une évaluation systématique des ressources mises à la disposition du système de santé par les secteurs public et privé. Au cours de la décennie écoulée, on a pu calculer l'ensemble des dépenses de santé dans les secteurs public et privé pour presque tous les Etats Membres, et une comptabilité sanitaire nationale a été effectuée dans une soixantaine de pays (de toutes les Régions de l'OMS) ; davantage de pays prévoient de tels exercices.

16. **Mesure de l'efficacité du système de santé.** Les fonctionnaires nationaux doivent examiner la relation qui existe entre les résultats de leur système de santé et les apports de ressources afin de mesurer l'efficacité du système de santé de leur pays. Pour interpréter les résultats obtenus, ils doivent connaître les résultats *potentiels* qui peuvent être obtenus avec un niveau donné de ressources. En théorie, il est

possible d'évaluer ces résultats en calculant l'impact potentiel de toutes les interventions cliniques, de santé publique, de promotion de la santé et de réadaptation disponibles dans un pays. L'OMS, divers organismes nationaux d'évaluation de la technologie et de nombreux chercheurs essaient de recueillir les données factuelles sur les coûts et les effets des interventions. Dans la pratique, ceux-ci peuvent être estimés au moyen de techniques statistiques fondées sur l'expérience effective des systèmes de santé. Actuellement, un groupe d'experts en économétrie donne à l'OMS des avis sur l'application de ces techniques à l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé. L'analyse tient compte de déterminants de la santé extérieurs au système de santé, tel le niveau d'instruction.

17. **Utilité des évaluations de la performance pour déterminer l'impact d'une politique sanitaire.** Les méthodes proposées par l'OMS permettront aux pays de suivre les réalisations et l'efficacité de leurs systèmes de santé. Les résultats permettront aux ministres de la santé de mieux estimer le succès des politiques destinées à améliorer la performance des systèmes.

PREMIER RAPPORT SUR LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE

18. A la lumière des discussions sur le cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé nationaux, l'OMS a répondu à des demandes émanant de pays qui voulaient savoir comment utiliser ce cadre dans la pratique. Pendant le deuxième semestre de 1999 et les premiers mois de 2000, le personnel de l'OMS a cherché à définir des indicateurs de la performance des systèmes de santé susceptibles d'être normalisés, à élaborer des méthodes pour évaluer ces indicateurs et à recueillir des données permettant de les estimer. En utilisant ces outils et en coopérant étroitement avec des fonctionnaires et des chercheurs nationaux pour trouver et analyser autant de nouvelles données que possible, le personnel de l'OMS a évalué la performance des systèmes de santé dans le monde entier. De nombreuses personnes appartenant à un large éventail de communautés, à l'intérieur de pays comme au plan international, ont aidé à interpréter les données.

19. Cette information a été compilée dans les annexes du *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, consacré à l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

COMMENTAIRES SUR LE RAPPORT SUR LA SANTE DANS LE MONDE, 2000

20. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* a suscité – fait sans précédent – un vif intérêt et un débat animé au sein des pays, des organisations internationales et des institutions de recherche. Trois mois après la publication du rapport, plus d'une trentaine de pays cherchaient à travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat de l'OMS en vue d'appliquer le nouveau cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Il s'agit d'améliorer la qualité et la pertinence de cette évaluation chaque fois que l'on juge la performance des systèmes de santé.

21. Les ministres de la santé et leurs représentants ont, en général, soutenu le cadre d'évaluation de la performance et le choix des indicateurs. Certains ont demandé des éclaircissements sur l'indice de réactivité et les indicateurs relatifs à l'équité en matière de santé et à la réactivité. La plupart des commentaires critiques ou analytiques portaient sur les méthodes utilisées pour évaluer les indicateurs, la fiabilité des données et la manière dont les résultats étaient présentés.

22. En ce qui concerne les méthodes, plusieurs chercheurs ont mis en doute la base théorique et les techniques statistiques choisies, par exemple l'association de cinq indicateurs clés des résultats sanitaires lors de la mesure générale des résultats des systèmes de santé. L'OMS a basé les poids affectés à l'indice général sur une enquête réalisée auprès des spécialistes de la santé publique dans plus d'une centaine d'Etats Membres et a classé l'équité en matière de santé parmi les éléments indispensables à l'élaboration des nouveaux indicateurs, conformément à l'opinion exprimée par les organes directeurs en maintes occasions.

23. Plusieurs ministres ont souligné que le nombre de pays pour lesquels on disposait de données représentatives était limité. Par exemple, 35 pays faisaient partie de l'enquête menée auprès d'informateurs clés concernant la réactivité. Les données micro-économiques sur le revenu des ménages et les dépenses de santé, nécessaires à l'indicateur relatif à l'équité de la contribution financière, n'étaient disponibles que pour 21 pays. Toutefois, l'évaluation de cet indicateur exige également que l'on dispose de données empiriques sur la fraction des dépenses de santé payée directement par le malade. Ces données étaient disponibles pour 170 pays.

24. Comme il est d'usage lorsqu'il s'agit d'élaborer l'information utile à l'établissement de politiques, la valeur de nombreux indices a été estimée, dans le cas présent, selon des méthodes statistiques approuvées. Le rapport fait clairement état de l'utilisation de ces méthodes et indique les références appropriées.

25. Certains se sont inquiétés de ce que le fait de classer les données en fonction de critères sociaux, notamment si la classification est basée sur un indice synthétique, est démotivant et peu propice à des améliorations. Il y a toutefois plusieurs exemples qui montrent que la définition de rangs, notamment dans le domaine social, favorise l'analyse, permet d'identifier les meilleures pratiques et de constituer une base factuelle sur les interventions réussies. Le rapport innove en indiquant l'intervalle d'incertitude pour toutes les mesures – qu'il s'agisse de la valeur réelle ou du rang. La largeur de l'intervalle d'incertitude résultant de l'utilisation d'estimations est clairement visible.

26. En ce qui concerne le processus, certains ministres ont critiqué les consultations limitées qui ont eu lieu entre le personnel de l'OMS et les responsables nationaux durant l'évaluation des indicateurs. L'un des objectifs de ce premier exercice était de soutenir les pays qui recherchent un appui interne en vue d'investir de nouvelles ressources dans leur système de santé. Plusieurs ministres ont signalé que le fait de se baser sur la méthodologie prescrite par l'OMS leur permettait de mieux attirer l'attention sur les problèmes qu'ils rencontraient. Ils seront désormais mieux à même de lancer leur propre évaluation des performances des systèmes de santé. A cette fin, certains ont demandé l'assistance de l'OMS pour évaluer la performance de leurs systèmes nationaux.

FUTURS PLANS ET ACTION

27. L'OMS continuera à solliciter la contribution des experts pour s'assurer que l'on utilise les meilleures méthodes et qu'on les met à la disposition des Etats Membres. On améliore la méthodologie en faisant largement appel à la communauté des chercheurs et en procédant à une évaluation mutuelle.

28. En étroite collaboration avec les responsables nationaux, le personnel de l'OMS met tout en oeuvre pour intégrer les sources de données existantes qui n'étaient pas incluses dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* dans l'évaluation des indicateurs de la performance des systèmes de santé, afin de pouvoir ajuster le cas échéant ces évaluations. Le Directeur général a écrit à tous les Etats Membres pour les inciter

à veiller à ce que l'évaluation de la performance des systèmes de santé repose sur les meilleures données disponibles. La réponse fournie à l'enquête multipays entreprise actuellement sur la santé et la réactivité montre bien l'intérêt que portent les Etats Membres à l'amélioration du système de mesure.

29. Afin de s'assurer que les meilleures données disponibles sont reflétées dans les futures évaluations comparatives de la performance des systèmes de santé, chaque Etat Membre sera consulté sur les chiffres utilisés pour évaluer les indicateurs, y compris les données sur les ressources. Par ailleurs, on prévoira, lors de l'élaboration des rapports ultérieurs sur la performance, le temps nécessaire à la consultation et au dialogue.

30. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*, sur le thème de la santé mentale, comprendra, comme à l'accoutumée, une annexe statistique. Le rapport principal et l'annexe statistique seront publiés séparément ; aucun d'eux n'est prévu avant la fin septembre 2001.

31. Une trentaine de pays travaillent actuellement avec le personnel de l'OMS à une initiative visant à mieux faire comprendre la performance générale de leur système de santé, en utilisant le cadre de l'OMS « objectifs et fonctions » comme approche analytique commune, et à relier ces connaissances élargies avec les stratégies destinées à améliorer la performance grâce à un renforcement à long terme des moyens nationaux propres à développer les systèmes de santé.

32. L'OMS s'est engagée sur le long terme en vue d'améliorer le développement des systèmes de santé – en fournissant un appui aux pays afin qu'ils mesurent et analysent la performance de leur propre système, qu'ils identifient les options politiques et améliorent le fonctionnement du système en question. Un travail analogue est accompli au sein des pays, aux niveaux régional et provincial, afin de fournir des informations permettant d'élaborer les politiques de santé et de gérer les systèmes de santé locaux.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

33. Le Conseil est invité à prendre note du présent rapport.

= = =