Initiative spéciale

Rapport No. 1

La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système: manuel des indicateurs

Septembre 1997

Préparé par:

James C. Knowles, Ph.D.
Abt Associates, Inc.

Charlotte Leighton, Ph.D.
Abt Associates, Inc.

Wayne Stinson, Ph.D.
University Research Corporation

Partenariats
pour la Réforme
de la Santé

PHR

Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

En collaboration avec:

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation

Partenariats
pour la Réforme
de la Santé

PHR

Mission

*Le Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé (*Partnerships for Health Reform, PHR*) cherche à améliorer la santé des populations des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en appuyant des réformes du secteur de la santé qui assurent un accès équitable à des services de soins de santé efficients, durables et de qualité. En collaboration avec les parties concernées au niveau local, le PHR encourage une approche intégrée de la réforme de la santé et renforce les capacités grâce à des éléments cruciaux:*

< *des processus plus pertinentes et plus participatifs pour la réforme du secteur de la santé;*

< *des mécanismes de financement de la santé plus équitables et plus durables;*

< *des incitations améliorées à l'intérieur des systèmes de santé pour encourager les agents à utiliser et à fournir des services de santé efficients et de qualité; et*

< *une organisation et une gestion améliorées des systèmes et des institutions de soins de santé pour appuyer des réformes particulières du secteur de la santé.*

Le PHR fait progresser les connaissances et les méthodologies pour élaborer, mettre en oeuvre et suivre les réformes de santé et leur impact, et il encourage un échange d'informations sur des questions cruciales pour la réforme de la santé.

Septembre 1997

Citation suggérée

Knowles, James C. et Charlotte Leighton. 1997. *La mesure de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système: manuel des indicateurs.* Initiative spéciale, Rapport no 1. Bethesda, MD (USA); Projet Parternariats pour la Réforme de la Santé, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce rapport, contacter le Centre de Ressources du P.R.S. à l'adresse électronique PHR-InfoCenter@abtassoc.com ou visiter notre site internet www.phrproject.com.

Contrat No.: HRN-5974-C-00-5024-00
Projet No.: 936-5974.13

Soumis à: Robert Emrey, COTR
Division de la réforme des politiques et du secteur
Bureau de la Santé et de la Nutrition
Centre pour la Population, la Santé et la Nutrition
Office des Programmes Mondiaux, du Soutien de Terrain et de la Recherche
Agence des États-Unis pour le Développement International

Table des Matières

Table des Matières i
Liste des tableaux ii
Liste des figures ii

Acronymes iii

Préface iv

Remerciements v

1. Généralités: Objectif, définitions et cadre pour le manuel 1
1.1 Introduction et objectif 1
1.2 Réforme du secteur de la santé 2
1.3 Pourquoi et comment les pays s'engagent-ils dans une réforme de leur secteur de la santé? 3
1.4 Utilité du manuel 4
1.5 Audience et utilisation 5
1.6 Cadre conceptuel 6
1.7 Types d'indicateurs proposés dans ce manuel 10
1.8 Sources des données 11
1.9 Méthodologie et obtention d'un consensus 11

2. Indicateurs pour la performance du système de santé: accès, équité, qualité, efficacité et durabilité 13
2.1 Indicateurs relatifs à l'accès 14
2.1.1 Définition de l'accès 14
2.1.2 Discussion de l'accès 14
2.1.3 Indicateurs relatifs à l'accès 15
2.2 Indicateurs relatifs à l'équité 18
2.2.1 Définition de l'équité 18
2.2.2 Discussion de l'équité 18
2.2.3 Indicateurs relatifs à l'équité 19
2.3 Indicateurs relatifs à la qualité 22
2.3.1 Définition de la qualité 22
2.3.2 Discussion de la qualité 22
2.3.3 Indicateurs relatifs à la qualité 23
2.4 Indicateurs relatifs à l'efficacité 30
2.4.1 Définition de l'efficacité 30
2.4.2 Discussion de l'efficacité 31
2.4.3 Indicateurs relatifs à l'efficacité 31
2.5 Indicateurs relatifs à la durabilité 39
2.5.1 Définition de la durabilité 39
2.5.2 Discussion de la durabilité 40
2.5.3 Indicateurs relatifs à la durabilité 40

3. Elaboration d'une liste concise d'indicateurs 43
3.1 Introduction 43
3.2 Critères pour l'évaluation d'indicateurs individuels 43
3.3 Un exemple d'indicateurs pour l'attribution d'une note 44

Bibliographie 53

Liste des tableaux

Tableau 1-1 8

Tableau 3-1 47

Tableau 3-2 50

Liste des figures

Figure 1-1 9

Acronymes

IEC	Information, éducation et communication
HMO	*Health Maintenance Organization*
	Réseau de soins coordonnés
MDS	Ministère de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PHR	*Partnerships for Health Reform Project*
	Partenariats pour la Réforme de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de santé primaires
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

Préface

Ce manuel a été préparé par le Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé (PHR), à la demande de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), pour être testé sur le terrain par le PHR en collaboration avec des missions de l'USAID.

Le PHR a préparé ce manuel à partir de très nombreux documents, ainsi qu'en se basant sur l'expérience de son propre personnel et d'autres experts. Etant donné que les indicateurs afférents à la réforme du secteur de la santé sont relativement nouveaux dans les milieux internationaux de la santé, le PHR envisage de susciter un débat exhaustif sur le terrain à propos de cette version du manuel et d'effectuer des essais systématiques dans des pays pour recueillir des données, pour déterminer l’aspect pratique et pour évaluer l'interprétation et l'utilité des indicateurs dans les pays hôtes.

Remerciements

James Knowles, un économiste sanitaire du Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé, est l'auteur principal de quatre des cinq séries d'indicateurs de ce manuel (les indicateurs en rapport avec l'accès, l'équité, l'efficacité et la durabilité). Chris Grundmann du Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé et Wayne Stinson du Projet Assurance de la Qualité sont les principaux auteurs du chapitre consacré aux indicateurs relatifs à la qualité. Charlotte Leighton, Adjointe pour la DirectionTechnique du Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé, est l'auteur principal du chapitre d'introduction et elle a apporté son concours à d'autres parties du document

Le manuel a bénéficié de commentaires utiles de Robert Emrey de l'Agence des États-Unis pour le Développement International. Gary Gaumer d'Abt Associates Inc., ainsi que James Setzer et Sujata Ram de la Rollins School of Public Health d'Emory University, ont fourni des documents de référence qui ont servi à la préparation du manuel. Linda Moll, Mark McEuen et Marsha Strother ont assuré la révision et la production du document.

1. Généralités: Objectif, définitions et cadre pour le manuel

1.1 Introduction et objectif

Ce manuel présente une série d'indicateurs qui sont les plus couramment utilisés pour cinq dimensions essentielles de la performance des systèmes de santé: *l'accès, l'équité, la qualité, l'efficacité* et la *durabilité.* Il place ces mesures de la performance dans un cadre qui illustre les liens entre la réforme du secteur de la santé, l'évolution de la performance des systèmes de santé et finalement l'évolution de l'état de santé. Il apporte aussi une justification à l'importance accordée à la performance du système comme stratégie principale pour mesurer les résultats de la réforme du secteur de la santé.

Les indicateurs et la discussion sont axés sur la performance du système de santé qui est considérée comme l'une des dimensions cruciales de l'impact de la réforme de la santé, plutôt que sur la réforme sanitaire proprement dite. En d'autres termes, les indicateurs ont été conçus pour pouvoir suivre certains des résultats de la réforme de la santé; ils ne cherchent pas à formuler des jugements de valeur à propos d'approches, de politiques, de stratégies ou de techniques spécifiques pour procéder à des réformes. Il existe de nombreuses autres approches et solutions techniques possibles pour les problèmes que les réformes tentent de résoudre, chacune ayant ses forces et ses faiblesses propres. Alors que l'un des objectifs majeurs de la réforme du secteur de la santé dans de nombreux pays est d'améliorer la performance du système de santé, l'interprétation de l'impact d'un indicateur particulier (comme le pourcentage de fonds alloués par l'Etat aux services de soins primaires et préventifs, ou le pourcentage de services fournis par le secteur privé) sur les performances, peut varier selon le point de départ du pays concerné, les buts de ses réformes et sa vision de ce que devrait accomplir le système de santé.

Dans ce contexte de politiques et de systèmes très différents, la définition de l'expression “réforme du secteur de la santé” et les résultats que pourrait engendrer cette réforme sont très variables. Il y a tout autant d'incertitudes concernant la mesure des résultats et les indicateurs qui sont valables pour suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés pour la réforme du secteur de la santé.

Ce manuel a pour but de servir de support à une discussion et à l'obtention d'un consensus à l'échelle internationale sur ces points - sur la performance du système en tant que mesure des résultats des réformes du secteur de la santé, sur les catégories principales d'indicateurs pour la performance du système de santé (accès, équité, qualité, efficacité et durabilité), et sur une série d'indicateurs spécifiques qui illustrent ces dimensions de la performance du système. La section 1.9 de ce manuel décrit la méthodologie à suivre pour parvenir à un consensus.

Les objectifs spécifiques du manuel sont les suivants:

- *promouvoir l'évaluation et le suivi de la réforme du secteur de la santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire pour que les politiques et les pratiques puissent se baser sur des preuves empiriques et avoir de meilleures chances de parvenir aux résultats recherchés;*

- *fournir en un seul document de nombreux indicateurs considérés comme étant les plus utiles pour le suivi des résultats de la réforme du secteur de la santé en vue d'améliorer la performance du secteur de la santé;*

- *définir ces indicateurs d'une manière qui puisse être largement acceptée, comprise et appliquée uniformément dans les programmes de réforme et les pays ayant opté pour des réformes; et*

- *élaborer un consensus entre les décideurs, les responsables de programmes, les évaluateurs, les chercheurs et les bailleurs de fonds internationaux sur un menu d'indicateurs pour mesurer les impacts des efforts de réforme sanitaire qui cherchent à améliorer l'efficacité, l'accès, l'équité, la qualité et la durabilité.*

1.2 Réforme du secteur de la santé

Le terme de “réforme du secteur de la santé” est utilisé de plus en plus dans les débats internationaux sur la santé (Berman, dir. de publ., 1995; Dunlop et Martins, dir. de pub., 1995; McPake et Kutzin, 1996; Leighton, 1996; Walt, 1994). Ce terme est employé avec à l'esprit un large éventail de connotations et une gamme très diverse d'actions ou de contenus spécifiques. Souvent, la perception de ce qu'est la réforme de la santé, ou de ce qu'elle devrait accomplir, découle d'un point de vue explicite ou implicite du système de santé - soit comme un schéma simple ayant trois ou quatre éléments et un ou deux objectifs généraux, soit comme un ensemble complexe d'intervenants, d'institutions, de flux et de relations qui ont des objectifs multiples.

Compte tenu des objectifs de ce manuel, il est plus important de saisir la gamme des buts et la portée de l'action qu'englobent les réformes effectives du secteur de la santé que d'élaborer une définition précise. La définition vise ici à fournir un cadre qui peut inclure une gamme d'approches pour les pays. Définir des buts, des stratégies et un contenu est précisément ce que cherche à accomplir le processus de réforme dans chaque pays.

Ce manuel définit “la réforme du secteur de la santé” comme étant un processus qui vise à obtenir des changements majeurs au niveau national en ce qui concerne les politiques, les programmes et les pratiques afférents aux buts et aux priorités; les lois et les règlements; la structure organisationnelle et de gestion pour les services de santé; les sources et les mécanismes de financement et la répartition des ressources. Les termes de “national” et

Que faut-il entendre par “réforme du secteur de la santé”?

La réforme du secteur de la santé est un processus qui vise à obtenir des changements majeurs dans les politiques, les programmes et les pratiques d'un pays par des changements dans les priorités, les lois, la réglementation, la structure organisationnelle et de gestion, et les mécanismes de financement dans le secteur de la santé. Les buts fondamentaux sont le plus souvent d'améliorer l'accès, l'équité, l'efficacité et/ou la durabilité.

de “secteur” cherchent à associer l'ensemble du système de santé d'un pays - c'est-à-dire les services de santé préventifs, curatifs et/ou publics; les secteurs public et privé; les soins primaires, secondaires et tertiaires. La réforme du secteur implique aussi un processus qui concerne plus d'un établissement, d'un prestataire, d'un programme, d'une institution ou d'une région géographique, bien qu'il n'y ait pas de consensus quant aux changements au niveau d'un ou de plusieurs programmes particuliers, ou d'un ou plusieurs districts, par exemple, qui “équivalent” à une réforme à l'échelle du secteur.

La réforme du secteur de la santé est délibérée, planifiée et elle a pour but d'apporter des changements permanents et à long terme, plutôt que de procéder à une action ponctuelle ou d'urgence. Elle cherche des solutions aux problèmes majeurs que connaît le système de santé d'un pays et elle implique de nombreux intervenants, institutions et parties concernées. Alors que la plupart des problèmes du secteur de la santé identifiés par les réformateurs ont tendance à être relativement “techniques,” les solutions nécessitent bien plus que l'élaboration ou l'application d'une réponse technique “correcte.” La conception et la mise en oeuvre de réformes dans le secteur de la santé est un processus essentiellement politique.

1.3 Pourquoi et comment les pays s'engagent-ils dans une réforme de leur secteur de la santé?

De nombreux gouvernements dans le monde entier ont entamé ces dernières années d'importants efforts pour l'élaboration et la mise en oeuvre de reformes de leur secteur de la santé. Ces réformes sont souvent axées sur les moyens d'améliorer l'accès, l'équité, la qualité, l'efficacité et la durabilité des services et des systèmes de santé. Ces efforts ont comporté un débat sur les rôles respectifs des secteurs publics et privés, sur les buts du système de santé et sur les avantages relatifs des services de santé curatifs, préventifs et publics.

Dans le cadre de ces mouvements de réforme, beaucoup de travail a été fait pour identifier les problèmes en ce qui concerne la performance des systèmes de santé, les causes du mauvais état de santé des populations, ainsi que les stratégies et techniques particulières pour concevoir et mettre en oeuvre des reformes. Les gouvernements ont entrepris - et les bailleurs de fonds internationaux les ont appuyés - des interventions pour améliorer et maintenir la performance des services de santé prioritaires (tels que la santé de l'enfant et la planification familiale), des types ou des niveaux de prestataires de soins (tels que les hôpitaux et les réseaux de district), des mécanismes pour le financement et l'organisation (tels que les assurances, les réseaux de soins coordonnés, les structures décentralisées de district), ou des affectations de fonds publics (par exemple, des estimations du fardeau occasionné par les maladies et des services de soins d'un bon rapport coût-efficacité).

Beaucoup de gens très différents sont concernés par les réformes du secteur de la santé. Leurs opinions varient souvent en fonction de leur rôle dans le système de santé et du point de départ des systèmes de soins de santé dans lesquels ils évoluent à présent et qu'ils essaient de réformer. Il peut s'agir de systèmes très différents: des systèmes qui sont déjà basés en totalité ou en bonne partie sur des services de soins de santé financés ou fournis par l'Etat, par exemple dans les économies socialistes et en transition de l'ancienne Union soviétique, d'Europe de l'Est et d'Afrique; des systèmes mixtes associant l'Etat, la sécurité sociale et le secteur privé, comme c'est le cas souvent en Amérique latine; des systèmes mixtes associant l'Etat, des organisations non gouvernementales

et un jeune secteur privé à but lucratif, en Afrique, en Asie et au Proche-Orient; et des systèmes mixtes associant l'Etat et un secteur privé “vrai” en Afrique australe, en Asie et au Proche-Orient.

Dans ces divers systèmes, dans toutes les régions du monde, de nombreux responsables gouvernementaux, personnels sanitaires, planificateurs de la santé et autres parties concernées veulent essentiellement accroître l'accès et mettre l'accent sur l'offre de services de santé. Les économistes des ministères de la planification et des finances, ainsi que ceux des institutions de recherches peuvent donner la priorité à l'efficacité et à des services d'un bon rapport coût-efficacité. D'autres défenseurs de la santé publique et d'autres économistes peuvent privilégier la qualité. Certains professionnels du secteur sanitaire public et des responsables de programmes de santé peuvent insister sur l'amélioration de la qualité, de l'état de santé et des taux nationaux globaux de mortalité, sans prendre en compte le coût. Les bailleurs de fonds internationaux peuvent exercer des pressions pour la pérennité des programmes et des projets une fois que leur assistance aura pris fin. Les consommateurs veulent avoir accès à des soins de santé meilleurs, selon leur propre définition, à des prix qui soient à leur portée.

1.4 Utilité du manuel

Dans les débats au sujet de la réforme du secteur de la santé, le lien n'est pas toujours clair entre les différentes sortes de stratégies de reforme, les types de réformes du secteur de santé qu'on pourrait envisager et les raisons pour lesquelles la réforme du secteur pourrait être importante pour l'efficacité de services de santé prioritaires et pour la santé des populations. Des incertitudes du même ordre existent aussi quant aux moyens qui permettraient de mesurer convenablement les résultats des efforts de réforme du secteur de la santé, de suivre les effets des changements de politiques pour voir s'ils donnent les résultats souhaités, et pour dégager un ensemble de connaissances qui pourrait aider à cibler les reformes afin de mieux parvenir aux buts visés.

Une expérience relativement solide en matière d'évaluation et un consensus au sujet des buts et des indicateurs pour les mesurer existent pour divers services et programmes sanitaires spécifiques (tels que les vaccinations et la planification familiale) dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Mais les indicateurs pour la réforme du secteur de la santé qui cherchent à améliorer les performances à l'échelle de tout le système sont bien moins développés et plus controversés. Divers indicateurs de la performance des systèmes de santé ont été largement utilisés en Europe et aux Etats-Unis; certains ont été appliqués par des spécialistes dans des pays moins développés. Mais on est bien moins d'accord, au niveau des politiques et au niveau technique, sur les indicateurs qu'il conviendrait d'appliquer dans ces pays. En outre, les milieux internationaux plus larges de la santé publique ne sont généralement pas au courant d'une bonne partie des initiatives qui ont été entreprises.

Ce manuel cherche à combler ces lacunes. Le Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé (PHR) - dans le cadre du mandat que lui a confié l'USAID de fournir une assistance dans le monde entier pour la réforme du secteur de la santé et l'élaboration d'indicateurs connexes pour mesurer les résultats - a préparé ce document pour faire la synthèse des connaissances et des pratiques les plus courantes pour l'élaboration et l'évaluation de réformes du secteur de la santé destinées à améliorer l'accès, l'équité, la qualité, l'efficacité et la durabilité des systèmes de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

En comblant ces lacunes, ce manuel se concentre sur les indicateurs de performance au niveau des systèmes (ou des programmes), plutôt que sur des indicateurs qui mesurent les résultats de la réforme du secteur de la santé au niveau des populations (par exemple, les indicateurs en rapport avec l'utilisation des services par les populations, les comportements sanitaires ou l'évolution de l'état de santé des populations). Cette approche reflète l'importance accordée par le PHR à l'une des principales lacunes qui existent dans la mesure et l'évaluation des résultats de la réforme du secteur de la santé. Il existe bien d'autres efforts et bien des expériences en rapport avec les indicateurs qui mesurent l'utilisation des services de santé et l'état de santé. Par exemple, d'autres initiatives de l'USAID pour l'élaboration d'indicateurs consistent en des projets qui se concentrent sur des services de santé et de population particuliers, tels que le Projet EVALUATION, le Projet POLICY, BASICS, AIDSCAP, OMNI et MotherCare. L'Organisation mondiale de la santé a également déployé des efforts considérables pour l'élaboration de cadres pour évaluer la décentralisation, la réforme du financement de la santé et l'évaluation de questions connexes en utilisant des indicateurs pour la réforme de la santé.

1.5 Audience et utilisation

Le PHR a élaboré ces indicateurs pour qu'ils soient utilisés par plusieurs audiences différentes:

- *Les décideurs et les responsables de programmes* dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui pourraient utiliser les indicateurs à la fois pour la prise de décisions (par exemple, pour évaluer leur situation présente afin d'identifier les aspects qui pourraient être améliorés par des reformes) et pour la mise en oeuvre de programmes et le perfectionnement de stratégies (par exemple, pour déterminer si les politiques parviennent aux résultats recherchés);

- *Les évaluateurs et les chercheurs,* qui pourraient utiliser les indicateurs pour suivre dans le temps l'évolution de la performance du système de santé dans des pays donnés et pour évaluer l'efficacité des réformes particulières pour obtenir les résultats désirés dans le contexte de divers pays; et,

- *Les bailleurs de fonds internationaux,* qui pourraient utiliser certains indicateurs pour mesurer les résultats de la mise en oeuvre des politiques de réforme qu'ils ont appuyées et pour faire des comparaisons entre pays concernant la gamme de résultats que peuvent donner des réformes en matière de santé, et entre les différents niveaux de performance des systèmes qui peuvent être obtenus par des stratégies de réforme similaires dans des contextes différents.

Le manuel n'a pas pour but de fixer des “notes” qui détermineraient directement les crédits budgétaires attribués par l'Etat ou des bailleurs de fonds internationaux, qui feraient des comparaisons internationales pour classer les pays sur une échelle normative, qui créeraient un ensemble unique d'indicateurs normatifs applicables à tous les pays, ou une liste d'indicateurs “acceptables” pour les résultats de la réforme du secteur de la santé.

Des pays ou des initiatives d'évaluation particuliers n'utiliseraient pas tous les indicateurs simultanément. Dans la plupart des cas, on emploierait un ensemble limité d'indicateurs particulièrement pertinents pour des objectifs de réforme spécifiques du secteur de la santé dans le

contexte d'un pays donné, ainsi que pour une fin spécifique (par exemple, le suivi, la recherche ou l'élaboration de politiques). Le dernier chapitre de ce guide présente une méthodologie qui peut être utilisée pour élaborer une liste concise d'indicateurs qui correspondent à des buts et des situations particuliers.

1.6 Cadre conceptuel

Le plus souvent, les ministères de la santé entreprennent des efforts de reforme du secteur de la santé afin d'améliorer la performance du système de santé de leur pays afin de généraliser l'accès à des services de santé de meilleure qualité et/ou de rendre les services plus efficients, plus équitables et plus durables. De nombreux ministères, prestataires de services et chercheurs ont identifié les caractéristiques qui sont à l'origine de la mauvaise performance de leurs systèmes de santé. Ces caractéristiques sont notamment: une qualité médiocre, des financements insuffisants, une utilisation inefficace des ressources disponibles, pas assez de ressources allouées aux services qui sont d'un bon rapport coût-efficacité, l'absence de mesures d'incitation pour encourager les agents de santé à fournir des soins de qualité, une réglementation inadéquate ou des obstacles non justifiés à la prestation de soins de santé par le secteur privé, une répartition inefficace des ressources entre les zones rurales et urbaines ainsi qu'entre les populations démunies et les populations nanties, et des dépenses élevées des ménages, même dans le contexte d'un système de “soins gratuits.”

Habituellement, les problèmes auxquels s'attaquent les ministères de la santé sont interdépendants et nécessitent plusieurs stratégies de réforme. Ces stratégies, à leur tour, ont souvent des impacts sur plus d'une dimension ou plus d'un niveau du système de santé (par exemple, à la fois sur les soins primaires et tertiaires, sur le financement et la gestion de la prestation de services) et sur plusieurs buts de la réforme (par exemple, en même temps sur l'efficacité et la durabilité). Elles peuvent avoir simultanément aussi des effets voulus et non voulus, ou des résultats positifs pour un but mais négatifs pour un autre. Par exemple, des améliorations au plan de la durabilité financière peuvent avoir des répercussions négatives pour l'équité, à moins que des mesures compensatoires ne soient prises en faveur des pauvres.

Chose tout aussi importante, les stratégies techniques spécifiques utilisées pour remédier à ces problèmes de performance exigent aussi des mesures politiques, institutionnelles et de gestion - telles que la recherche d'un consensus, la maîtrise des contraintes bureaucratiques et la décentralisation de l'autorité - pour surmonter les obstacles organisationnels et politiques qui entravent la réforme du secteur de la santé. D'ordinaire, les stratégies techniques ne sont pas suffisantes par elles-mêmes pour parvenir aux résultats désirés. Toutefois, les indicateurs de performance du système ne donnent peut-être pas une vue globale des résultats de la réforme.

Le Tableau 1-1 (page 8) illustre certains des principaux buts de la réforme du système de santé qui ont été identifiés par les ministères pour améliorer la performance du système de santé, ainsi que des stratégies typiques et des buts ou impacts secondaires.

Par exemple, l'application de tarifs aux consommateurs pour dégager des recettes peut être pratiquée essentiellement pour améliorer la qualité et promouvoir la durabilité financière. Les tarifs ont également un impact - et ils peuvent être conçus délibérément à cette fin - sur les objectifs en matière d'équité, d'accès et d'efficacité. De même, la plupart des réformes sectorielles en rapport

avec les mécanismes d'assurance et de tarification auront un effet sur l'utilisation de divers types de services de santé (curatifs par opposition à préventifs, par exemple) à différents niveaux du système (par exemple, l'hôpital par opposition au centre de santé); sur l'efficacité de l'utilisation des ressources par les prestataires; et sur la manière dont les consommateurs utilisent leur argent pour des dépenses de santé coût-efficaces. En outre, l'introduction ou l'extension d'une assurance ou de la tarification auront vraisemblablement des impacts différents sur divers groupes de la population, ce qui aura donc une incidence sur l'équité de l'accès financier et géographique aux services de santé.

Cette situation complique l'évaluation des résultats des réformes de santé et conduit souvent à des incertitudes concernant les indicateurs à utiliser à telle ou telle fin. Le cadre conceptuel sur lequel reposent les indicateurs présentés dans ce manuel est conçu pour mettre en lumière certaines de ces questions et pour clarifier certains des principaux impacts de la réforme du secteur de la santé sur les services de santé, le comportement des gens et, finalement, l'état de santé de la population.

Le cadre présenté à la Figure 1-1 (page 9) illustre les principales voies menant de réformes sanitaires à une meilleure santé, notamment le processus de rétroinformation par lequel les reformes sont périodiquement ajustées, perfectionnées et modifiées en cours de route. En plus de montrer comment la réforme du secteur peut donner des résultats pour l'état de santé, le cadre peut également servir à “revenir en arrière” à partir d'indicateurs d'un état de santé médiocre pour identifier certains des obstacles à l'intérieur du système de santé sur lesquels les réformes devraient se concentrer pour qu'il puisse y avoir des améliorations dans l'état de santé de la population. Le cadre est conçu pour mettre en relief l'importance d'une meilleure performance du système et pour préparer le terrain pour l'interprétation des indicateurs de ce manuel.

Dans ce cadre, les stratégies de réforme du secteur de la santé aboutissent à des changements sur divers fronts (notamment juridiques, financiers et organisationnels). Ces changements engendrent à leur tour une évolution des pratiques afférentes aux intrants (par exemple, les crédits et le personnel), aux processus (supervision, gestion), et aux extrants (tels que services de soins de santé, médicaments, fournitures, éducation/information pour la santé, éducation et communication [IEC]) des systèmes et des programmes de santé. Les changements au niveau de ces intrants, processus et extrants, qui ont été obtenus par les stratégies de réforme de la santé, entraînent des changements dans les performances (améliorations) du système (mesurés par des indicateurs relatifs à l'accès, l'équité, etc.) et dans l'utilisation des services (mesurée par l'évolution du comportement des populations, en utilisant des indicateurs relatifs à l'utilisation des services, aux habitudes pour l'obtention de soins, au mode de vie, etc.).

Pris ensemble, ces deux séries de résultats “intermédiaires” - changements dans la performance du système et dans l'utilisation des services - sont liés directement à l'évolution del'état de santé de la population qui est mesurée, par exemple, par des changements dans les taux de mortalité ou de fécondité. Alors que de nombreux autres facteurs en rapport avec l'environnement, l'économie et la société affectent aussi la santé des populations, la Figure 1-1 se limite à illustrer des aspects clés du rôle du système de santé. Il est également important de noter que la Figure 1-1 n'illustre pas en détail le rôle ou l'impact de la demande des populations et du comportement sanitaire des gens sur leur état de santé, ou sur le lien entre la réforme de la santé et l'évolution de la demande de services et des comportements.

Tableau 1-1 **Réformes typiques du secteur de la santé: objectif, buts, stratégies** **Objectif général de la réforme du secteur de la santé:** **améliorer l'état de santé**		
Stratégie (Technique)	**But primordial recherché (un ou plusieurs)**	**But ou impact secondaire**
Changer les lois et la réglementation ▴exempter de droits les produits importés à des fins de santé publique; permettre l'exercice de la médecine dans le privé; renforcer l'agrément et la certification; permettre au personnel sanitaire du secteur public de travailler "à côté," préciser la réglementation en matière d'assurance pour faciliter l'assurance santé	**Accès**	**Durabilité financière** **Qualité**
Dégager des recettes ▴tarification; plans d'assurance et mécanismes de paiement anticipé pour mettre en commun les risques et pour faciliter la mobilisation des ressources pour la santé	**Qualité , Durabilité financière**	**Equité,Accès, Efficacité**
Modifier l'affectation des ressources ▴accroître la part du budget du MDS allouée à des paquets de soins de santé primaires et d'un bon rapport coût-efficacité; réduire les subventions de l'Etat aux hôpitaux; transférer le traitement VIH/SIDA en dehors des hôpitaux	**Efficacité, Coût-efficacité**	**Equité, Qualité, Durabilité financière**
Réorganiser les ressources pour la prestation de services ▴accroître le rôle des prestataires du secteur privé; établir des HMO (réseaux de soins coordonnés); impliquer les prestataires basés dans les entreprises; décentraliser au niveau régional ou de districts les responsabilités des MDS	**Efficacité, Coût-efficacité**	**Accès, Durabilité financière**

Le cadre présenté à la Figure 1-1 illustre avant tout le volet de l”offre” des changements engendrés par la réforme du secteur de la santé. Dans ce cadre, les moyens par lesquels la réforme de la santé pourrait affecter la demande de services de santé, ou modifier les changements afférents à la santé, sont regroupés dans la seule case consacrée aux changements dans l'utilisation et dans les comportements (case en bas et à droite de la Figure 1-1). L'importance accordée au volet de l'offre dans le cadre et dans le manuel est justifiée étant donné que les efforts de réforme du secteur de la santé qui ont pour but de changer les performances du système - le point focal de ce manuel - portent sur des changements au niveau des intrants, des processus et des résultats de l'offre et de la prestation de services de santé, et qu'ils sont mesurés essentiellement par ces modifications.

Il existe diverses approches pour expliquer des changements dans la demande et dans les comportements en matière de services de santé, en fonction du ou des services de santé qui nous intéressent (planification familiale, santé maternelle, santé de l'enfant, soins préventifs, primaires ou hospitaliers) et en fonction de l'optique principale et de la base théorique de l'analyse (économie, éducation pour la santé, anthropologie médicale). Relativement peu de travaux ont été faits pour élaborer ces différents modèles dans le contexte de la formulation d'indicateurs d'évaluation ou de la performance pour les programmes qui cherchent à modifier la demande et les comportements. La planification familiale est un service pour lequel on a essayé de le faire de manière relativement systématique (cf. Bertrand, Magnani et Knowles, 1995). Toutefois, pratiquement aucun travail systématique n'a été fait pour concevoir un cadre qui permettrait de suivre l'interaction entre la réforme du secteur de la santé et des changements dans la demande et dans les comportements en rapport avec la santé. Le PHR s'est penché sur cette question, bien qu'elle n'entre pas dans le cadre du présent manuel.

1.7 Types d'indicateurs proposés dans ce manuel

La liste des indicateurs présentés dans ce manuel n'inclut pas tous les indicateurs qui pourraient être utilisés pour mesurer la performance du système de santé. Pour permettre de générer une base de référence susceptible d'être étudiée, le manuel regroupe la plupart des indicateurs les plus couramment utilisés pour chaque dimension de la performance, et ceux pour lesquels il serait facile d'obtenir des données. En outre, plusieurs indicateurs peuvent servir à mesurer plus d'une dimension de la performance d'un système de santé (par exemple, l'équité et l'accès) et ils auraient pu être inclus dans une catégorie autre que celle où ils ont été placés. Le cadre conceptuel proposé dans ce manuel a été conçu pour aider à élaborer des indicateurs complémentaires et pour classer ces indicateurs d'une manière qui corresponde bien au contexte et aux buts du pays, tout en restant compatible avec une approche d'évaluation commune.

La liste n'est pas non plus exhaustive pour la mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé. Par exemple, le manuel n'inclut pas d'indicateurs pour les résultats des activités de réforme du secteur de la santé conçues pour avoir une incidence sur les dimensions autres que la performance du système (par exemple, les indicateurs pour les réformes visant à des changements dans le contexte général ou dans des programmes ou services particuliers de santé, nutrition et population).

Les indicateurs présentés dans ce manuel sont essentiellement des mesures prises à certains intervalles de temps ou des mesures continues, telles que des valeurs numériques, des taux et des pourcentages (par exemple, les coûts par hospitalisation; le pourcentage de visites ambulatoires obtenues auprès du secteur privé; le pourcentage des dépenses de santé de l'Etat axées sur les soins primaires; le pourcentage des contacts avec des patients durant lesquels le traitement reçu correspond aux protocoles nationaux pour le diagnostic et le traitement, notamment aux directives pour l'interaction client-prestataire). Beaucoup de ces indicateurs sont dichotomiques et ils sont mesurés en additionnant les réponses “oui” ou “non” (par exemple, l'existence de normes nationales pour les établissements, y compris les mécanismes pour leur respect).

Il serait très prématuré d'essayer de noter ou de classer les indicateurs de performance du secteur de la santé selon des règles standardisées et, dans de nombreux cas, les résultats dépendraient de vues différentes de ce que devraient être les buts d'un système de santé. Par

exemple, il n'y a pas de consensus à propos de ce qui constituerait un pourcentage “approprié” ou efficace pour les crédits nationaux ou gouvernementaux alloués aux soins de santé primaires et aux soins hospitaliers. Il n'y a pas de consensus sur les ratios des dépenses de personnel par les intrants autres que le personnel; ou sur les services fournis par des prestataires de soins dans le secteur privé, par opposition aux prestataires publics; ou sur les services couverts dans le cadre d'une assurance sociale ou privée, par opposition à la prestation et au financement directs par l'Etat.

Alors qu'il y a peut-être une certaine convergence de vues sur les limites inférieures et supérieures de ces pourcentages et ratios, il n'existe pas de normes internationales. Le manuel reviendra sur ce point durant les discussions pour la recherche d'un consensus afin de voir s'il serait possible d'identifier quelques indicateurs faisant l'objet d'un consensus international suffisant sur des normes qui pourraient être incorporées dans un système de notation normalisé.

Les indicateurs présentés ici sont censés mesurer de manière empirique les cinq dimensions de la performance d'un système de santé (accès, équité, qualité, efficacité et durabilité). Un indicateur “valable” doit être étroitement lié (c'est-à-dire corrélé) au facteur sous-jacent observé. Une bonne partie de la discussion ci-après des indicateurs pris individuellement cherche à déterminer si l'indicateur proposé est un indicateur valable d'une ou de plusieurs dimensions.

1.8 Sources des données

Les indicateurs de ce manuel ont été conçus de sorte à nécessiter des données relativement accessibles, soit auprès de sources secondaires largement disponibles qui utilisent des définitions communes dans tous les pays (par exemple, la Banque mondiale ou l'Organisation mondiale de la santé, les Enquêtes démographiques et de santé) ou dans des documents des pays hôtes (par exemple, les budgets des ministères de la santé, les systèmes d'information de gestion ou les systèmes d'information sanitaire; des documents des ministères du plan ou des ministères des finances; des évaluations de projets des bailleurs de fonds). Dans certains cas, on peut avoir besoin d'enquêtes spéciales auprès des ménages, des consommateurs de services de santé, ou des prestataires.

Alors qu'il faudra vraisemblablement disposer de plusieurs sources pour toutes les séries de 10 indicateurs ou plus, les utilisateurs peuvent souvent se contenter d'une liste succincte d'indicateurs pour des buts spécifiques qui ne demanderaient qu'un investissement modique pour la collecte de données. Les coûts peuvent être également minimisés par l'élaboration de listes succinctes d'indicateurs qu'il suffirait de collecter tous les trois à cinq ans.

1.9 Méthodologie et obtention d'un consensus

Le PHR a préparé ce manuel à partir d'un large éventail de documents, d'expériences et de pratiques portant sur des questions en rapport avec la réforme du secteur de la santé. Il s'efforce aussi de mesurer l'évolution de la performance du système de santé. Le projet a consulté divers experts et il a mis à profit d'autres efforts pour élaborer des indicateurs et des méthodologies d'évaluation de services de santé particuliers. Toutefois, étant donné que ce genre d'initiative en rapport avec la réforme du secteur de la santé est relativement nouveau, le PHR envisage de mener

une discussion exhaustive au niveau du terrain sur cette version du manuel. Le projet utilisera cette discussion pour perfectionner et pour enrichir les indicateurs présentés ici, pour résoudre des questions fondamentales de politique générale et au plan technique, et pour dégager un consensus et des connaissances plus vastes sur une série d'indicateurs susceptibles d'être appliqués dans le contexte de pays différents.

Le PHR envisage de mener un processus de recherche d'un consensus en tenant des réunions consultatives avec les utilisateurs visés - les décideurs, les responsables de programmes, les chercheurs et les représentants de bailleurs de fonds internationaux - pour évaluer la pertinence et les aspects techniques des indicateurs proposés ici, pour identifier des alternatives et pour dégager un consensus. Le projet procédera aussi à des essais sur le terrain dans des pays représentatifs pour collecter des données, déterminer l'aspect pratique des indicateurs, évaluer leur interprétation par les pays hôtes et leur utilité. Le PHR fera également circuler le manuel auprès de nombreux confrères d'institutions internationales et il invite les lecteurs à soumettre leurs commentaires, à tester les indicateurs et à faire part de leurs observations concernant leur utilité.

2. Indicateurs pour la performance du système de santé: accès, équité, qualité, efficacité et durabilité

Indicateurs relatifs à l'accès

Accès matériel

- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé*
- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé qui fournit une enveloppe de services de santé de base*
- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé disposant d'un médecin*
- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'une pharmacie*
- *Le pourcentage de la population résidant dans un rayon de X km d'un hôpital*
- *Le pourcentage de la population résidant dans un rayon de X km d'un hôpital qui fournit des soins d'urgence (d'obstétrique) 24 h sur 24*
- *Le pourcentage de la population desservi par des services d'ambulance 24 h sur 24*
- *Le pourcentage d'établissements de santé équipés de téléphones ou de radios*
- *Le pourcentage de la population résidant à plus de X km d'un établissement de santé et qui est couvert par des services communautaires*
- *Le nombre d'habitants par médecin*
- *Le nombre d'habitants par infirmière*
- *Le nombre d'habitants par lit d'hôpital*

Accès économique

- *Le coût total moyen dans le privé du traitement professionnel d'un épisode de maladie, en soins ambulatoires, en pourcentage du revenu mensuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenu le plus faible par habitant*

- *Le coût total moyen dans le privé des médicaments pour un épisode d'une maladie courante, en pourcentage du revenu mensuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenu le plus faible par habitant*

- *Le coût total moyen dans le privé d'un séjour hospitalier moyen, en pourcentage du revenu annuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenu le plus faible par habitant*

- *Le tarif moyen demandé par visite de soins ambulatoires à l'établissement public de soins ambulatoires le plus proche*

- *Le coût moyen par jour d'une hospitalisation à l'hôpital public le plus proche*

2.1 Indicateurs relatifs à l'accès

2.1.1 Définition de l'accès

Le concept d'"accès" s'applique habituellement à la présence ou à l'absence d'obstacles matériels ou économiques auxquels les populations peuvent se heurter pour l'utilisation de services de santé. Les obstacles matériels sont habituellement perçus comme ayant trait à l'offre et à la disponibilité de services de santé en général, et la distance par rapport aux établissements de santé. Les obstacles économiques sont habituellement perçus comme ayant trait au coût de la recherche et de l'obtention de soins de santé, par rapport au revenu du patient ou du ménage. Nombre des aspects de l'"accès" sont également inclus dans des définitions des aspects structurels de la qualité des évaluations des soins.

2.1.2 Discussion de l'accès

Maintes activités de réforme du secteur de la santé accordent une priorité absolue à l'amélioration de l'accès et la considèrent comme la dimension la plus importante de la performance d'un système de santé qu'il convient de renforcer. L'une des priorités de la réforme du secteur de la santé est d'étendre l'accès à des services de santé d'un bon rapport coût-efficacité qui maximise l'impact sur les résultats médicaux pour la population.

Dans certains cas, l'amélioration de l'accès peut impliquer la fourniture de services à titre gratuit, ou même l'octroi d'une prime au consommateur. Par exemple, des primes ont souvent été versées aux personnes qui acceptent des services de planification familiale, en particulier dans des pays d'Asie. Dans d'autres cas, les services sont amenés "à la porte" du consommateur, ce qui économise au patient du temps et des frais de déplacement.

Les efforts de réforme visant à améliorer l'accès peuvent également être compatibles ou non avec les buts de reformes au plan de l'efficacité et de l'équité. Par exemple, bien que la proximité de services de base soit désirable, attribuer des ressources suffisantes à chaque village pour qu'il dispose d'un centre de santé ou un hôpital n'est peut-être pas une stratégie efficiente. Inversement, les réformes pour promouvoir l'équité peuvent impliquer que l'on cible des activités qui améliorent l'accès d'un point de vue géographique pour les communautés les plus pauvres.

Les indicateurs suivants ont trait directement à des mesures, au niveau d'un système ou d'un programme, de l'existence ou l'absence d'entraves matérielles les plus fréquentes aux services de santé. Le résultat ultime, et la réussite, pour surmonter ces obstacles seraient mesurés par les changements dans l'utilisation des services de santé par la population (mesures de la population). Ces derniers indicateurs seront inclus dans la version révisée de ce manuel, à la suite des essais sur le terrain.

2.1.3 Indicateurs relatifs à l'accès

Accès matériel

- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé*

- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé qui fournit une enveloppe de services de santé de base*

- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'un établissement de santé disposant d'un médecin*

- *Le pourcentage de la population (rurale, pauvre) résidant dans un rayon de X km d'une pharmacie*

Les indicateurs ci-dessus sont des mesures de l'accès matériel aux services de santé primaires. Lorsque l'accès matériel ne pose pas de problème pour les populations urbaines, les indicateurs devraient s'appliquer uniquement aux populations rurales. De même, le souci d'équité (qui sera étudié plus loin) peut suggérer que l'on mesure les indicateurs ci-dessous par rapport à la population pauvre (le quintile de revenus le plus faible).

La distance particulière (X) différerait d'un contexte à l'autre en fonction des modes de transport disponibles et de la qualité des routes (3 ou 5 km sont les distances habituellement utilisées pour les indicateurs ci-dessus). Des données sur les distances pourront être trouvées généralement dans les statistiques sanitaires de l'Etat et elles seront de plus en plus faciles à obtenir grâce à l'utilisation de systèmes d'information géographiques. Les estimations sont préparées le plus souvent manuellement à l'heure actuelle, au moyen de données provenant du recensement et de cartes qui montrent l'emplacement des établissements de santé.

Au lieu de la distance, on utilise parfois des mesures du temps qu'il faut pour se rendre dans un établissement de santé, mais les indicateurs de temps sont fonction des modes de transport qui sont disponibles. Le coût des transports est parfois utilisé également comme indicateur de substitution ou bien il est ajouté à une estimation du coût d'opportunité du temps nécessaire au déplacement (parfois appelé “prix d'accès”). Toutefois, les données relatives au temps de déplacement, tout comme celles relatives au coût du déplacement, sont difficiles à obtenir comme mesures de la distance.

- *Le pourcentage de la population résidant dans un rayon de X km d'un hôpital*

- *Le pourcentage de la population résidant dans un rayon de X km d'un hôpital qui fournit des soins d'urgence (d'obstétrique) 24 h sur 24*

- *Le pourcentage de la population desservie par des services d'ambulance 24 h sur 24*

- *Le pourcentage d'établissements de santé équipés de téléphones ou de radios*

Ce sont des indicateurs similaires de l'accès aux services hospitaliers (10 ou 15 km sont les distances habituellement utilisées pour ces indicateurs).

- *Le pourcentage de la population résidant à plus de X km d'un établissement de santé et qui est couvert par des services communautaires*

C'est un indicateur de l'accès à des services communautaires parmi les populations qui se trouvent dans des endroits éloignés (3 ou 5 kilomètres sont les distances habituellement utilisées pour ces indicateurs).

- *Le nombre d'habitants par médecin*

- *Le nombre d'habitants par infirmière*

- *Nombre d'habitants par lit d'hôpital*

Appelés “ratios de service’” ce sont des indicateurs d'intrants qui sont facilement disponibles et qui sont parfois utilisés pour mesurer l'accès. Etant donné que le personnel de santé et les hôpitaux sont souvent situés surtout dans les zones urbaines et ne sont peut-être facilement accessibles aux populations rurales, ces indicateurs ne sont pas nécessairement des mesures valables de l'accès pour la population rurale.

Accès économique

- *Le coût total moyen dans le privé du traitement professionnel d'un épisode de maladie, en soins ambulatoires, en pourcentage du revenu mensuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenu le plus faible par habitant*

- *Le coût total moyen dans le privé des médicaments pour un épisode d'une maladie courante, en pourcentage du revenu mensuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenus le plus faible par habitant*

- *Le coût total moyen dans le privé d'un séjour hospitalier moyen, en pourcentage du revenu annuel par habitant des ménages pour les consommateurs du quintile de revenus le plus faible par habitant*

Ces indicateurs mesurent la dimension économique de l'accès aux soins curatifs. Des indicateurs semblables peuvent être définis pour les soins préventifs. En incluant les coûts *totaux* (c'est-à-dire les tarifs à payer, les frais de transport, les médicaments), ils attestent du fait que les tarifs officiels qu'appliquent les établissements de santé sont parfois relativement mineurs par rapport aux dépenses totales encourues par les ménages qui cherchent à obtenir des services de santé. Les dépenses pour les médicaments et les transports sont souvent beaucoup plus élevées.

Un indicateur distinct est également inclus pour les dépenses totales en rapport uniquement avec les médicaments et autres produits pharmaceutiques car cette composante représente une part importante du budget des ménages dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Les ménages achètent souvent des médicaments directement dans des pharmacies ou auprès de vendeurs non officiels, sans consulter un prestataire dans un centre de santé formel.

Ces indicateurs présentent l'inconvénient de nécessiter des données provenant d'une enquête sur les dépenses des ménages. Bien que ces données puissent être obtenues en principe à partir d'archives hospitalières, elles ne comprendraient pas les dépenses élevées encourues dans le secteur privé en plus des sommes payées à l'établissement (par exemple, pour les médicaments, les fournitures, les repas, les transports et l'hébergement).

Ces indicateurs portent sur des estimations des dépenses totales des patients du quintile de dépenses le plus faibles puisque, dans de nombreux pays, les tarifs varient en fonction du revenu et qu'au niveau de revenu le plus faible, l'accès est considéré comme l'obstacle le plus sérieux à la recherche et à l'obtention de soins. Pour les classes de revenus plus élevées, le coût afférent à la recherche et à l'obtention de soins est un obstacle moindre et il fait moins souvent l'objet de réformes pour “améliorer l'accès” à des soins de santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

- *Le tarif moyen demandé par visite de soins ambulatoires à l'établissement public de soins ambulatoires le plus proche*

- *Le coût moyen par jour d'une hospitalisation à l'hôpital public le plus proche*

Ces indicateurs mesurent l'accès économique aux soins de santé. Il est facile de les obtenir auprès des établissements de santé et, lorsque des tarifs uniformes sont perçus, auprès du gouvernement central. Ils se limitent toutefois à la composante du tarif officiel du coût total dans le secteur privé - comme noté précédemment, ce coût ne représente habituellement qu'une part relativement faible du coût total privé. En outre, les établissements de santé pris individuellement appliquent souvent des tarifs plus élevés que ceux qui sont officiellement prévus et/ou ils appliquent des tarifs différents à divers clients pour le même service. Ces renseignements relatifs aux tarifs devraient être rapprochés de ceux des autres mesures du revenu des patients pour obtenir une mesure de “l'accessibilité financière” et pour déterminer si elle entrave l'accès au sens plus large.

Indicateurs relatifs à l'équité

- *Le ratio de la part des subventions sanitaires publiques reçues par la part du revenu total reçu par groupe de revenu*

- Le ratio du coefficient de Gini relatif aux subventions sanitaires publiques par le coefficient de Gini relatif au revenu total (ou dépenses totales)

2.2 Indicateurs relatifs à l'équité

2.2.1 Définition de l'équité

Le concept d'équité tel appliqué aux systèmes de santé peut porter indifféremment sur des différences dans *l'état de santé, l'utilisation* ou *l'accès* entre les différents groupes de revenus, socio-économiques, démographiques, ethniques et/ou le hommes par rapport aux femmes. La plupart des efforts de réforme de la santé axés sur la performance du système dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire se concentrent sur des définitions de l'équité en rapport l'accès et l'utilisation.

Probablement la plupart de ces réformes définissent l'"équité" en mettant essentiellement l'accent sur l'équité de l'accès aux services de santé. Une question connexe se pose alors: Est-ce que tout le monde devrait avoir le même accès à tous les services, ou seulement à une enveloppe limitée de services sanitaires de base? De plus en plus, alors que la technologie médicale fait des progrès considérables et que les gouvernements prennent conscience de leurs limitations budgétaires pour fournir un accès égal à tous les services de santé, une définition plus restreinte de l'égalité de l'accès aux soins de base est devenue plus largement acceptée.

Une définition de l'équité se référant aux inégalités d'accès et d'utilisation entre différents groupes de revenus revêt maintenant une importance pratiquement aussi grande dans les réformes de santé - c'est-à-dire qu'on se concentre sur l'équité pour "les pauvres" ou "la protection des pauvres." Dans cette optique, les reformes pour améliorer l'équité comporteraient des subventions de l'Etat pour les pauvres, établiraient des critères de ressources et des dispenses de paiements en fonction des revenus, et/ou des mesures seraient prises pour supprimer les obstacles matériels auxquels se heurtent les pauvres.

2.2.2 Discussion de l'équité

Bien qu'il y ait un consensus de plus en plus large en faveur d'un accès universel (ou quasi universel) à une enveloppe de base de services de santé (plutôt qu'à tous les services), les types de services à inclure dans cette enveloppe suscitent des divergences d'opinions. Certaines initiatives de réforme sont favorables à une enveloppe de services de santé se limitant aux services qui sont les plus efficaces par rapport à leur coût pour s'attaquer aux problèmes de santé les plus sérieux du pays (son "fardeau de maladies"), en partant du principe qu'une telle approche produirait l'impact le plus important par unité monétaire consacrée à la santé.

De ce point de vue, un indicateur direct de l'équité serait une mesure de l'accès de l'ensemble de la population à l'enveloppe de services de santé essentiels. En pareil cas, il serait également utile d'inclure des indicateurs pour mesurer simultanément l'équité de l'utilisation, étant donné que la demande de services de base et/ou d'un bon rapport coût-efficacité pourrait ou non s'accroître lorsque les obstacles matériels et économiques diminuent ou deviennent négligeables. Une bonne partie de la documentation existante sur la demande de soins de santé indique une demande faible pour nombre de ces services. Si la demande augmente peu (c'est-à-dire qu'elle est relativement inélastique) pour les services d'un bon rapport coût-efficacité, la fourniture d'un

accès universel à cette enveloppe n'aurait qu'une incidence limitée sur l'utilisation et sur l'état de santé.

Les autres réformes s'efforcent de promouvoir des initiatives axées sur l'équité pour supprimer les obstacles économiques à l'utilisation de n'importe quel type de service de santé que demandent les populations. Dans ces initiatives, les indicateurs relatifs à la disponibilité ou à la couverture d'une assurance santé (qui met en commun les risques financiers et crée davantage d'équité entre les malades et les non malades pour le paiement des soins de santé) peuvent être considérés comme appropriés. Les indicateurs en rapport avec l'efficacité d'un ciblage géographique par des subventions, la vérification des revenus (critères de ressources), les dispenses de paiement ou les exemptions pour les pauvres, ou d'autres mécanismes pour protéger les pauvres (ou les autres groupes vulnérables de la population), seraient considérés comme appropriés dans le cas de réformes visant à atténuer les inégalités dans l'utilisation des services qui résultent de différences de revenus.

2.2.3 Indicateurs relatifs à l'équité

Si l'équité est définie principalement en termes d'accès en général - ou d'accès universel à un paquet de services de santé de base ou d'un bon rapport coût-efficacité en particulier, - les indicateurs d'accès étudiés plus haut peuvent être modifiés et calculés pour toute la population ou, en utilisant des taux de couverture qui comparent l'accès pour différents groupes de revenus, socio-économiques, démographiques, ethniques, pour les hommes par rapport aux femmes, en fonction de la situation géographique ou pour tout autre groupe considéré comme étant particulièrement mal desservi.

Lorsque les inégalités de revenus sont le principal aspect visé, les indicateurs suivants peuvent aussi être utilisés pour mesurer l'incidence des subventions reçues des systèmes de santé publics. Les indicateurs suivants mesurent les résultats, au niveau de la population, des réformes de santé pour améliorer l'équité, par opposition aux résultats au niveau d'un système ou d'un programme qui sont examinés dans la majeure partie de ce manuel. Des indicateurs complémentaires des résultats au niveau de la population pour ce qui est de l'équité, en mettant l'accent sur la protection des pauvres, seront inclus et étudiés dans la prochaine version de ce manuel, une fois les essais de terrain terminés. Parmi les exemples figurent: le pourcentage d'exemptions de paiement accordées pour les services fournis au cinquième le plus pauvre de la population; le pourcentage du cinquième le plus pauvre de la population qui cherche à obtenir des soins de santé et qui reçoit une dispense de paiement; le ratio entre le cinquième le plus pauvre de la population qui utilise des services de santé et le pourcentage de l'utilisation par les autres quintiles de revenu.

- *Le ratio de la part des subventions sanitaires publiques reçues par la part du revenu total reçu par groupe de revenu*

- *Le ratio du coefficient de Gini relatif aux subventions sanitaires publiques par le coefficient de Gini relatif au revenu total (ou dépenses totales)*

Ces indicateurs évaluent la mesure dans laquelle l'attribution des subventions de l'Etat pour la santé est “favorable aux pauvres” (c'est-à-dire qu'il y a une redistribution des revenus des riches aux pauvres). On note que, même les systèmes de santé publics qui fournissent des subventions beaucoup plus élevées, par habitant, aux riches qu'aux pauvres, peuvent être malgré tout

favorables aux pauvres puisqu'on pourrait dire - mais l'argument est faible - que la distribution des subventions est *plus égalitaire* que la distribution sous-jacente des revenus.

Le calcul de ces indicateurs exige des données sur les dépenses sanitaires de l'Etat (c'est-à-dire les subventions) en fonction de chaque catégorie de prestataires (par exemple les hôpitaux centraux, provinciaux et de district, les polycliniques, les postes de santé), ainsi que des données de services sur le nombre d'unités de services fournies pour chaque catégorie de prestataires durant la même période que les données relatives aux dépenses de l'Etat (habituellement une année). Ces données servent à calculer les subventions de l'Etat par unité pour les services fournis par chaque catégorie de prestataires. Les données relatives aux ménages provenant d'une enquête sur les dépenses de santé sont ensuite utilisées pour estimer le nombre d'unités de chaque type de services consommées par les différents groupes de revenus pendant une période de référence donnée. Une telle analyse montre habituellement que les groupes ayant les revenus les plus élevés consomment une proportion beaucoup plus grande des services bénéficiant des subventions unitaires les plus élevées (les services d'hôpitaux centraux et provinciaux) et qu'ils reçoivent en conséquence une part beaucoup plus grande que les pauvres du total des subventions allouées par l'Etat à la santé.

Le premier des deux indicateurs ci-dessus comparent les proportions des avantages médicaux que reçoit chaque groupe de revenus par rapport aux proportions correspondantes de revenus perçus. Le deuxième des deux indicateurs est semblable au premier mais il donne une mesure sommaire unique de l'importante qu'attache le gouvernement aux pauvres. Le coefficient de Gini est une mesure sommaire de l'inégalité des revenus, allant de zéro (égalité complète de la répartition des revenus) à un (tous les revenus iraient à une seule personne). Le coefficient de Gini pour la répartition des subventions sanitaires de l'Etat peut être calculé de la même manière mais, à la différence de celui pour le revenu, il peut aller de - 1 (toutes les subventions de l'Etat pour la santé allant au ménage le plus pauvre) à + 1 (toutes les subventions de l'Etat pour la santé allant au ménage le plus riche). Tant que l'indicateur (c'est-à-dire le ratio entre les deux coefficients de Gini dont la valeur est théoriquement infinie) est inférieur à 1 en valeur, le système de santé de l'Etat est favorable aux pauvres.

Indicateurs relatifs à la qualité

Indicateurs structurels

- *L'existence de normes nationales pour les qualifications professionnelles de la main-d'oeuvre sanitaire, notamment de mécanismes pour leur application*
- *La proportion d'agents de santé qui possèdent des qualifications professionnelles de base, notamment des compétences pour des services spécifiques de soins de santé primaires*
- *L'existence de normes nationales pour les établissements, notamment de mécanismes pour leur application*
- *La proportion d'établissements de santé qui sont conformes aux normes structurelles de base, en fonction des services à fournir*
- *L'existence de normes nationales claires pour les services de santé hautement prioritaires*

- *La proportion d'établissements dans lesquels les directives actuelles de diagnostic et de traitement sont disponibles par écrit*

- *L'existence d'un programme national d'assurance de la qualité, avec notamment du personnel formé et des procédures établies pour la conception, le suivi et l'amélioration de la qualité. Les sous-indicateurs de l'existence d'une assurance de la qualité efficace sont:*

    - *L'examen et la mise à jour réguliers des normes techniques*

    - *Des méthodes efficaces pour communiquer les normes au niveau du terrain*

    - *L'application régulière de méthodes pour comparer la performance avec les normes*

    - *L'application régulière de méthodologies de résolution de problèmes sur la base de données*

    - *L'application régulière de méthodes pour inclure les recommandations de la communauté dans la conception et la gestion du système*

- *La proportion d'établissements de santé* ***n'ayant pas*** *connu de ruptures de stock pendant les trois mois précédents*

- *La proportion de cas pour lesquels tous les médicaments recommandés sont disponibles*

Indicateurs relatifs au processus

- *La proportion de dispensaires dans lesquels les services sont pleinement intégrés, conformément aux normes nationales*

- *La proportion d'agents de santé qui reçoivent une supervision bien programmée et menée de manière efficace, conformément à la politique nationale*

- *La proportion de contacts avec les patients durant lesquels le traitement reçu est conforme aux protocoles nationaux de diagnostic et de traitement, notamment aux directives pour l'interface client-prestataire*

- *La proportion d'orientations effectuées et exécutées conformément aux directives et aux normes nationales*

- *La proportion de clients qui connaissent et qui comprennent les actions essentielles requises pour mener à bien les traitements et pour éviter désormais des pathologies pouvant être prévenues*

- *La proportion de clients qui suivent jusqu'au bout les traitements recommandés (taux d'abandon)*

- *La satisfaction des client*

2.3 Indicateurs relatifs à la qualité

2.3.1 Définition de la qualité

“La qualité des soins” est manifestement un concept pluridimensionnel pour lequel il n'existe pas, jusqu'à présent, de définition qui fasse l'unanimité (même aux États-Unis). Il y a toutefois un point de référence fondamental qui est largement utilisé par les spécialistes de la qualité dans le domaine de la santé. En utilisant ce point de référence, la documentation existante sait habituellement faire la distinction entre les dimensions de la qualité en rapport avec les structures, les processus et les résultats. Le principal défenseur de ce cadre, Arvedis Donabedian, définit la qualité des soins comme “le genre de soins qui serait susceptible de maximiser une mesure globale du bien-être des patients, une fois pris en compte les avantages et les inconvénients escomptés allant de pair avec le processus de soins sous tous ses aspects” (Donabedian, 1980).

Dans ce cadre, le *processus* désigne habituellement tout ce qui se passe pendant l'interaction entre le système de santé et le client, notamment les aspects inter-personnels de la prestation de soins, ainsi que les aspects relatifs à l'environnement dans lequel les soins sont dispensés (par exemple, des salles d'examen propres, une circulation ordonnée des patients) et qui ont une incidence directe sur le patient. Une personne qui entend un message à la radio pour la promotion de la vaccination fait partie du processus de soins au même titre qu'une jeune mère qui reçoit des conseils de nutrition dans un dispensaire. De nombreux indicateurs relatifs à l'efficacité et à l'accès, tels que ceux inclus dans ce manuel, sont souvent considérés comme des mesures de la structure dans la documentation relative à la “qualité des soins.”

Le *résultat* est l'aboutissement d'un processus et il désigne des “changements dans l'état de santé actuel et futur du patient qui peuvent être attribués à des soins antérieurs.” Parmi les résultats possibles, on peut citer: les attitudes des patients (y compris leur satisfaction), les connaissances en rapport avec la santé qui ont été acquises par le patient, et le changement des comportements en matière de santé. De plus en plus, en particulier dans les pays en développement, on utilise des indicateurs de résultat ayant trait à l'état de santé pour mesurer la qualité des soins, en passant outre les mesures relatives aux processus ou aux structures.

La *structure* désigne tous les autres aspects du système de santé qui appuient l'interaction entre le système de santé et le client, ou qui sont liés à cette interaction, par exemple les établissements de santé, les systèmes d'assurance, les médicaments, les systèmes de distribution des médicaments, la gestion et la supervision.

2.3.2 Discussion de la qualité

Il existe plusieurs liens importants entre la qualité des services de soins de santé et les efforts de réforme du secteur de la santé actuellement en cours dans de nombreux pays. Nombre de ces liens sont particulièrement importants pour améliorer la performance du système de santé.

Par exemple, le résultat ultime que la plupart des réformes du secteur de la santé sont censées engendrer implicitement ou explicitement - l'amélioration de l'état de santé - dépend, de

toute évidence, très directement de la qualité des soins fournis. D'autres aspects de l'amélioration de la performance du système étudiés dans ce manuel - l'accès, l'efficacité et la durabilité - doivent appuyer la prestation de services de santé efficients, alors que les efforts d'assurance de la qualité doivent s'assurer que les services qui sont produits de la manière la plus efficiente possible, qui sont équitablement disponibles et qui sont durables, sont ceux qui aboutiront à un meilleur état de santé.

En outre, de nombreuses preuves indiquent que les efforts pour améliorer la durabilité financière par l'introduction de tarifs dans les établissements sanitaires publics dépendent de l'amélioration de la qualité dans ces établissements. En d'autres termes, les patients sont disposés à payer pour des services qu'ils perçoivent comme étant de bonne qualité. L'une des principales raisons de l'échec des efforts de réforme comportant l'introduction de la tarification est qu'ils ne s'accompagnent pas d'améliorations de la qualité.

De même, l'une des principales raisons de l'introduction de mesures visant à accroître les recettes est l'amélioration de la qualité - souvent pour s'assurer simplement qu'il y aura des médicaments en quantité suffisante. Un approvisionnement satisfaisant en médicaments est un aspect majeur de la qualité telle qu'elle est perçue par les patients. Lorsque les ruptures de stocks sont fréquentes, un meilleur ravitaillement en médicaments est également l'une des conditions majeures de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des agents de santé. Parmi les autres dispositions courantes en vue d'une amélioration de la qualité, et pour lesquelles on cherche à accroître les recettes, figurent l'attribution de crédits pour le transport en rapport avec la supervision, l'animation, les services d'ambulance; l'attribution, au minimum, de petites primes pour récompenser les bonnes performances des agents; et la fourniture de produits d'anesthésie, de fournitures de laboratoire, de contraceptifs et des vaccins.

L'une des principales difficultés auxquelles se heurtent les initiatives de réforme est de trouver les ressources et les capacités qui permettront d'améliorer la qualité du point de vue des patients mais également du point de vue des professionnels de la santé. Dans nombre de cas, il y a une différence bien établie entre les améliorations de la qualité telles que perçues par les patients, par opposition aux professionnels de la santé. Par exemple, alors qu'un ravitaillement en médicaments de base est crucial, la demande de médicaments des patients peut être contraire à de bonnes pratiques de prescription. Il est possible que les patients ne reconnaissent pas de bonnes pratiques de diagnostic, alors que les professionnels de la santé réclament une meilleure formation clinique et un meilleur matériel.

2.3.3 Indicateurs relatifs à la qualité

Les sections suivantes présentent et étudient les indicateurs qui sont couramment utilisés pour mesurer les dimensions de la qualité de la structure et du processus de soins. Les indicateurs de résultat qui mesurent, par exemple, l'évolution de la mortalité, de la morbidité et de la fécondité ne sont pas inclus. Comme mentionné dans l'introduction de ce manuel, de tels indicateurs sont généralement disponibles auprès d'autres sources.

Indicateurs structurels

- *L'existence de normes nationales pour les qualifications professionnelles de la main-d'oeuvre de santé, notamment de mécanismes pour leur application*

- *La proportion d'agents de santé qui possèdent des qualifications professionnelles de base, notamment des compétences pour des services spécifiques de soins de santé primaires*

Les systèmes de santé ont besoin de normes claires pour les qualifications professionnelles, indiquant quelles catégories de prestataires sont autorisées à effectuer tel ou tel service, et quelle formation, initiale ou en cours d'emploi, doivent avoir les prestataires. De telles normes devraient s'appliquer à la fois au secteur privé et au secteur public. Les normes devraient normalement s'appliquer à des fonctions techniques particulières telles que la formation en planification familiale pour les agents qui fournissent des services de planification familiale, et une formation en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour les agents qui sont impliqués dans des soins pédiatriques. En outre, il faut mettre en oeuvre des moyens pour la facilitation ou pour le respect des normes (ces moyens comprennent normalement une formation en cours d'emploi et parfois un examen par des confrères et/ou une certification formelle).

Les évaluateurs mettront au point des méthodes adaptées au contexte local pour mesurer l'état présent des normes en matière de main-d'oeuvre, en fonction de l'importance relative des différentes catégories de personnel. La proportion d'agents de santé qui satisfont à ces normes peut être évaluée par des enquêtes périodiques et elle devrait être spécifiée pour les différentes fonctions techniques.

- *L'existence de normes nationales pour les établissements, notamment de mécanismes pour leur application*

- *La proportion d'établissements de santé qui sont conformes aux normes structurelles de base, en fonction des services à fournir*

Les systèmes de santé devraient aussi s'acheminer vers des normes claires pour différents types d'établissements, en fonction des services que devraient fournir ces établissements. Ces normes devraient indiquer le nombre et les qualifications des prestataires pour des services particuliers, les types d'équipement, les caractéristiques fonctionnelles et les caractéristiques que devraient avoir les infrastructures. Les mécanismes pour le respect des normes peuvent s'appliquer à l'accréditation formelle, bien que des méthodes moins formelles de mise aux normes des établissements présentant des lacunes puissent être tout aussi efficaces, ou même plus efficaces.

L'existence/absence de telles normes et de tels mécanismes d'application peut être mesurée de manière dichotomique. La proportion d'établissements qui sont aux normes est mesurée le plus souvent au moyen d'enquêtes mais elle peut l'être aussi par les résultats en termes d'accréditations.

- *L'existence de normes nationales claires pour les services de santé hautement prioritaires*

- *La proportion d'établissements dans lesquels les directives actuelles de diagnostic et de traitement sont disponibles par écrit*

Les prestataires de soins ont besoin de consignes techniques claires concernant les procédures de diagnostic et de traitement, et les formateurs et les éducateurs ont besoin de programmes d'études normalisés pour assurer une uniformité. Ces normes ne doivent pas être forcément identiques à celles qui sont encouragées au plan international; toutefois, elles devraient refléter les connaissances de la recherche internationale et des meilleures pratiques disponibles.

Des mécanismes devraient être en place pour un examen périodique et pour la mise à jour des normes. Il est tout aussi essentiel que les formateurs et les superviseurs communiquent les directives relatives aux normes aux prestataires de soins.

L'existence ou l'absence de telles normes peut être confirmée par des interviews au niveau des échelons supérieurs - responsables nationaux de programmes et directeurs d'établissements de formation. Il faut s'assurer, par une observation directe, que les normes sont bien disponibles par écrit au niveau des prestataires de soins.

- *L'existence d'un programme national d'assurance de la qualité, avec notamment du personnel formé et des procédures établies pour la conception, le suivi et l'amélioration de la qualité*

Les systèmes de santé tant publics que privés nécessitent des méthodes régulières de suivi et d'amélioration de la qualité des soins, conformément aux normes nationales. Ces méthodes *ne doivent pas* nécessairement se présenter sous la forme d'un service opérationnel identifiable et, en fait, l'existence d'un tel service ne devrait pas être interprétée comme une application sur le terrain des principes d'assurance de la qualité (conception de la qualité, suivi de la qualité, amélioration des processus et consultation avec les clients). Initialement, il n'est pas essentiel non plus que tous les services de santé participent.

Les sous-indicateurs de l'existence d'une assurance de la qualité efficace sont:

- *L'examen et la mise à jour réguliers des normes techniques*
- *Des méthodes efficaces pour communiquer les normes au niveau du terrain*
- *L'application régulière de méthodes pour comparer la performance avec les normes*
- *L'application régulière de méthodologies de résolution de problèmes sur la base de données*
- *L'application régulière de méthodes pour inclure les recommandations de la communauté dans la conception et la gestion du système*

La stratégie la plus efficace pour établir l'existence effective d'un système d'assurance de la qualité consiste à interroger le personnel au niveau des districts et des échelons inférieurs. Les évaluateurs pourront aussi examiner les dossiers à la fois des clients et du système; leur précision et leur exhaustivité contribuent à la minutie de l'examen de la qualité et des améliorations, et elles en attestent.

- *La proportion de cas pour lesquels tous les médicaments recommandés sont disponibles*
- *La proportion d'établissements de santé* ***n'ayant pas*** *connu de ruptures de stock pendant les trois mois précédents*

Les établissements de santé doivent pouvoir compter sur un approvisionnement régulier en produits pharmaceutiques de base, notamment en vaccins, contraceptifs, et médicaments essentiels, conformément à la politique nationale. Les clients, à titre individuel, doivent aussi être en mesure d'obtenir, au dispensaire même, les médicaments recommandés, ou ils doivent pouvoir les acheter auprès d'un fournisseur du secteur privé ou du secteur public. La disponibilité au

niveau du dispensaire ne doit pas être considérée comme signifiant que les médicaments sont disponibles pour les particuliers, surtout lorsque bon nombre de médicaments de ce type sont vendus soit de manière “non officielle” soit par des filières privées ou publiques.

La proportion d'établissements qui répondent à ce critère peut être déterminée en interrogeant les prestataires de services. Toutefois, la disponibilité pour les particuliers doit être confirmée en interrogeant un échantillon de clients récents.

Indicateurs relatifs au processus

- *La proportion de dispensaires dans lesquels les services sont pleinement intégrés, conformément aux normes nationales*

Cette mesure peut être considérée comme un indicateur soit de la structure, soit du processus. Le point important est cependant que les consommateurs perçoivent que tous les services devant être fournis dans un établissement particulier sont facilement disponibles durant toute période d'ouverture de l'établissement en question.

Cet indicateur *peut* être obtenu en interrogeant les prestataires mais on s'est rendu compte que les prestataires exagèrent la disponibilité alors que ce sont les perceptions des utilisateurs potentiels qui déterminent l'utilisation effective.

- *La proportion d'agents de santé qui reçoivent une supervision bien programmée et menée de manière efficace, conformément à la politique nationale*

La supervision pourrait être l'un des moyens les plus efficaces pour communiquer et faire respecter les normes nationales en matière de la qualité, ainsi que pour s'informer au sujet des problèmes de terrain et pour les résoudre, mais elle est généralement aussi l'un des services de soutien qui sont exécutés de la façon la moins efficace. La fréquence des rencontres de supervision peut être moins utile à l'amélioration de la performance des agents que le contenu technique et le contexte (une supervision de soutien, par opposition à une supervision “punitive”) de telles visites.

Les rapports de supervision ne doivent pas être considérés comme une source de données précises; par contre, les évaluateurs doivent interroger les agents et observer les contacts entre agents et patients.

- *La proportion de contacts avec les patients durant lesquels le traitement reçu est conforme aux protocoles nationaux de diagnostic et de traitement, notamment aux directives pour l'interface client-prestataire*

Il s'agit là - en plus de l'utilisation par des personnes dans le besoin - d'un indicateur essentiel de l'efficacité et de l'efficacité du système de santé. Le diagnostic correct des pathologies primaires et secondaires est manifestement crucial pour un traitement correct. Il devrait refléter une anamnèse convenable, un bon examen clinique et des tests de laboratoire appropriés, le cas échéant. Un traitement efficace nécessite l'identification de la thérapie appropriée, conforme aux normes nationales, ainsi que toutes les mesures qui sont nécessaires (telles que

l'approvisionnement en médicaments ou l'établissement d'ordonnances, l'orientation, l'apport de conseils aux patients) pour garantir le respect du traitement. Une bonne interface client-prestataire est essentielle pour une anamnèse convenable, pour garantir que les traitements qu'on ne peut observer sont convenablement suivis, et pour encourager un comportement préventif adapté et/ou le retour du patient au dispensaire lorsqu'il en aura besoin.

Cet indicateur s'applique d'ordinaire uniquement aux services spécifiés; c'est-à-dire que les mesures ne portent que sur des interventions sanitaires particulières plutôt que sur des soins de santé en général. Une observation directe de la prise en charge de cas individuels, même si elle n'est pas exempte de biais potentiels, est habituellement considérée comme étant l'"étalon or" de l'évaluation de la qualité; toutefois, les entretiens avec les clients et l'examen des dossiers peuvent être plus efficaces pour des services et des contextes particuliers. Des évaluations spéciales de la qualité basées sur des recherches peuvent être nécessaires pour des mesures périodiques mais elles ne doivent pas "évincer" l'évaluation régulière de la qualité. Les rapports de supervision, ainsi que des revues attentives faites par des confrères ou autre méthode d'auto-évaluation régulière, peuvent fournir des données indicatives pour un moment ou un endroit donné, mais elles peuvent être trop imprécises pour permettre des comparaisons statistiques.

- *La proportion d'orientations effectuées et exécutées conformément aux directives et aux normes nationales*

Au moins trois aspects de l'orientation sont déterminants: une identification et un aiguillage convenables pour les cas individuels; un transfert rapide vers l'institution du niveau supérieur; et une réception et une prise en charge convenables à l'arrivée. L'orientation pour les cas d'urgence (obstétrique, déshydratation, fièvre) est normalement cruciale; toutefois, les évaluateurs peuvent aussi envisager une orientation pour des besoins spéciaux, sans caractère urgent (par exemple, soins préventifs, planification familiale).

On ne dispose pas de méthodes satisfaisante pour obtenir une mesure régulière; en conséquence, il faudra peut-être procéder à des études spéciales se basant sur une observation directe de la prise en charge des cas.

- *La proportion de clients qui connaissent et qui comprennent les actions essentielles requises pour mener à bien les traitement et pour éviter désormais des pathologies pouvant être prévenues*

- *La proportion de clients qui suivent jusqu'au bout les traitements recommandés (taux d'abandon)*

- *La satisfaction des clients*

Ces éléments ne sont considérés ni comme des indicateurs de processus, ni comme des indicateurs de résultat, mais ils sont présentés ici car les connaissances et les actions du client peuvent être cruciales pour un traitement efficace. Cette remarque est particulièrement vraie pour les thérapies préventives/à long terme comme les vaccinations, le traitement de la tuberculose, la réhydratation orale, la nutrition, la contraception et la maternité sans risques.

Plusieurs indicateurs, semblables du point de vue conceptuel mais très différents, sont nécessaires pour mesurer les connaissances du client, les pratiques du client, et l'aptitude générale du prestataire de soins à réagir aux besoins et aux préférences de la communauté. Ce dernier élément, appelé ici la “satisfaction du client,” peut s'appliquer soit aux attitudes de clients particuliers au sujet d'une rencontre personnelle, soit à des attitudes plus générales de la communauté envers les prestataires de services. Les taux d'abandon (au sens large, afin inclure des problèmes plus généraux en rapport avec le respect du traitement) reflètent à la fois la prestation de services (contenu technique, communication, satisfaction du client) et des caractéristiques individuelles qui ne sont pas facilement prises en compte dans les protocoles normalisés. Tous les indicateurs de ce groupe portent sur le lien entre les communautés et les établissements, en particulier la capacité des prestataires à répondre aux besoins et aux préférences de la communauté et des particuliers.

Les connaissances des clients et leur satisfaction en rapport avec des contacts particuliers peuvent être évaluées immédiatement de manière efficace à la suite du contact en interrogeant des clients à la sortie. Les enquêtes basées sur la population, avec des questions spéciales pour les utilisateurs récents du dispensaire (retour après deux semaines) sont plus onéreuses mais elles fournissent de meilleurs renseignements pour ce qui est des effets sur les comportement. Les taux d'abandon peuvent être obtenus par un examen des dossiers au niveau du dispensaire, mais ils peuvent être surestimés lorsque les dossiers sont insuffisants ou que les clients sont suivis à plusieurs endroits; quoi qu'il en soit, les enquêtes basées sur la population apportent une meilleure information sur les abandons et les questions plus générales de respect des traitements.

Alors que les indicateurs de ce groupe sont utiles, ils doivent être interprétés avec prudence. Le comportement des clients est la résultante de diverses influences, pas uniquement des connaissances, et les connaissances elles-mêmes peuvent se dégrader progressivement. En outre, la “satisfaction” mesure l'écart entre les attentes et la réalité, et elles peuvent diminuer plutôt qu'augmenter au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité (en fait, les stratégies d'amélioration de la qualité basées sur l'éducation du consommateur recherchent activement à exprimer des inquiétudes latentes de la communauté et à faire régresser le “mécontentement”).

Indicateurs relatifs à l'efficacité

- *Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins (ou par médecin)*
- *Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des infirmières (ou par infirmière)*
- *Le ratio des visites de soins ambulatoires par les dépenses de personnel (les coûts unitaires du personnel)*
- *Le coût par visite de soins ambulatoires (ou les dépenses de fonctionnement par visite de soins ambulatoires)*
- *Le coût lit-jour à l'hôpital (ou par admission à l'hôpital, ou encore par sortie de l'hôpital)*
- *Le pourcentage de visites de soins ambulatoires obtenues auprès du secteur privé*
- *Les lits d'hôpitaux privés en pourcentage du total*

- *Les dépenses de personnel en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement*
- *Les dépenses pour les médicaments et les fournitures en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement*
- *Le nombre d'infirmières par médecin*
- *Le nombre d'infirmières par lit d'hôpital*
- *Le nombre de médecins par lit d'hôpital*
- *Le ratio du salaire moyen d'un agent de santé de l'Etat (par exemple, médecin, infirmière, technicien) ayant un niveau donné d'expérience par le revenu d'un agent équivalent dans le secteur sanitaire public*
- *Les salaires des agents de santé de l'Etat sont payés en temps voulu (oui/non)*
- *Il existe des mesures d'incitation convenables pour récompenser le personnel sanitaire du secteur public pour sa performance (oui/non)*
- *Les dépenses pour les médicaments génériques en pourcentage du total des dépenses pour les médicaments*
- *Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)*
- *Le pourcentage du budget de fonctionnement de l'Etat pour la santé qui est consacré aux services de santé publics*
- *Les dépenses pour les soins de santé primaires en pourcentage des dépenses de fonctionnement*
- *Le pourcentage du total des dépenses publiques pour des médicaments qui est attribué à des établissements de soins primaires*
- *Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)*
- *Les niveaux des tarifs encouragent l'efficacité (oui/non)*
- *Le système d'orientation fonctionne efficacement (oui/non)*
- *La durée moyenne des séjours hospitaliers*
- *Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux*
- *Le pourcentage des personnes assurées qui sont inscrites dans des plans qui utilisent des tickets modérateurs et des franchises, des réseaux de soins coordonnés, ou des plans soumis à une budgétisation générale*

2.4 Indicateurs relatifs à l'efficacité

2.4.1 Définition de l'efficacité

Habituellement, lorsqu'elle s'applique à des prestataires et des programmes de santé, l'efficacité a trois dimensions - technique, économique et allocative - en rapport avec la manière dont les soins de santé sont produits et avec le type de soins produits. Ces concepts peuvent également servir à mesurer de la performance du système de santé.

Pour présenter clairement ce concept, l'"efficacité" telle qu'elle est définie ci-dessous est présentée sans qu'on insiste sur la qualité des services de santé produits. Lorsqu'elle s'applique aux prestataires ou aux systèmes de soins, l'efficacité est souvent interprétée comme incluant la notion d'"efficacité" du service de soins. Des indicateurs semblables sont également utilisés souvent pour mesurer l'efficacité et pour mesurer les aspects ayant trait au processus des évaluations de la "qualité des soins." Ce manuel étudie la qualité des mesures des soins dans une catégorie séparée car ce sont des indicateurs différents qui mesurent la qualité, l'efficacité ou l'efficacité. Les conclusions afférentes aux indicateurs tant d'efficacité que d'efficacité doivent être envisagées lorsque l'on évalue la performance globale d'un système de santé.

Un prestataire de soins est *techniquement* efficace s'il produit un extrant matériel maximum de services (efficaces) - par exemple, le nombre de visite - pour des niveaux donnés d'intrants. L'inefficacité technique est courante dans les systèmes de santé publics et elle est due le plus souvent à des carences au niveau de la gestion et de la supervision.

Un prestataire de santé est *économiquement* efficient s'il utilise des combinaisons d'intrants (par exemple, des médecins, des infirmières, des médicaments) qui lui permettent de fournir un niveau donné de services (efficaces) pour un coût minimum. Dans le long terme, l'efficacité économique exige aussi que les prestataires fonctionnent à une échelle qui leur permet de produire avec le coût unitaire le plus bas possible (bien que, sur des marchés d'une ampleur limitée, une telle échelle optimale ne soit peut-être pas possible). L'inefficacité économique existe souvent aussi dans des situations où les cadres ont un contrôle limité - ou même aucun contrôle - des combinaisons d'intrants qu'ils utilisent, et lorsque les établissements ont été construits pour desservir des marchés qui sont insuffisants pour permettre des services à une échelle optimale.

Un prestataire de santé est *allocativement* efficace lorsqu'il alloue des ressources à des activités dans lesquelles ces ressources auront une valeur maximale (le niveau d'extrants de chaque service produit est tel que le coût social marginal de la dernière unité produite est égal à sa valeur sociale marginale). Le système de santé répartit les ressources de manière efficacité s'il produit une gamme et un niveau optimaux de services de santé - le terme d'"optimal" signifiant ici que la valeur la plus élevée pour la plupart des gens est obtenue pour le coût encouru (chaque service est fourni jusqu'au moment où le coût social marginal est égal à la valeur sociale marginale).

2.4.2 Discussion de l'efficacité

Il y a un vaste consensus concernant l'utilité et l'interprétation de deux de ces dimensions de l'efficacité: celles qui sont liées le plus étroitement à l'efficacité technique et économique. Ce consensus tient au fait que ces deux dimensions ont trait à différents moyens d'utiliser les ressources pour produire des services de santé spécifiques (c'est-à-dire, la qualité des services obtenus à partir de différents intrants, le coût d'un niveau donné d'extrants) et elles supposent que le service sera effectivement produit. Les indicateurs de l'efficacité technique et économique sont directs et ils n'impliquent pas de jugement de valeur au sujet des mérites sous-jacents du service lui-même.

Il n'y a pas par contre de consensus sur les indicateurs qui conviendraient pour l'efficacité allocative, surtout lorsqu'elle s'applique au secteur sanitaire dans son ensemble, essentiellement à cause du jugement de valeur sous-jacent concernant les mérites relatifs des différents services de santé. Ces mérites relatifs varient essentiellement selon qu'ils sont jugés dans l'optique des professionnels de la santé ou dans celle des patients.

Par exemple, les défenseurs de certaines approches de la réforme du secteur de la santé critiquent les gouvernements qui consacrent une part importante des ressources aux soins hospitaliers, plutôt qu'à des soins primaires et préventifs. Sous cet angle, une allocation efficiente des ressources du secteur public (et les indicateurs s'y rapportant) cherche avant tout à attribuer un pourcentage élevé de ressources aux services de soins primaires et préventifs qui pourraient améliorer les mesures générales de l'état de santé des populations (les taux de mortalité infantile, les taux de mortalité maternelle et les taux de fécondité, par exemple).

Les autres efforts de réforme ne sont peut-être par hostiles à l'affectation d'une part importante des ressources au financement de soins hospitaliers car ils jugent des avantages d'un service en fonction de ce que demandent les consommateurs (c'est-à-dire surtout des soins curatifs et hospitaliers). Ces initiatives de réforme se concentreraient sur l'importance de mettre en commun les risques (et sur l'utilisation d'indicateurs en rapport avec cette méthode) pour payer les services hospitaliers (en d'autres termes, le financement d'une assurance sociale), qui présentent le risque financier le plus élevé pour les ménages.

2.4.3 Indicateurs relatifs à l'efficacité

- *Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins (ou par médecin)*
- *Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des infirmières (ou par infirmière)*
- *Le ratio des visites de soins ambulatoires par les dépenses de personnel (les coûts unitaires du personnel)*

Ce sont des indicateurs de la “productivité de la main-d'oeuvre” (de l'extrant obtenu par unité d'intrant de main-d'oeuvre) et ils sont souvent utilisés car ils sont relativement faciles à mesurer (ils sont construits à partir de statistiques relatives au nombre de visites et à une information administrative sur les heures de travail du personnel ou sur le nombre de personnes qui travaillent dans un établissement). Les indicateurs de la productivité de la main-d'oeuvre peuvent être des indicateurs valables de l'une ou de toutes les dimensions de l'efficacité ou des

processus en rapport avec l'assurance de la qualité. Par exemple, si les agents de santé négligent leurs tâches en raison d'une supervision médiocre, la faible productivité de la main-d'oeuvre peut traduire une inefficacité technique.

Inversement, si les ressources complémentaires qui sont disponibles sont insuffisantes (par exemple, le personnel de soutien dans le cas des médecins, le matériel et les fournitures) ou si les établissements ont des effectifs excessifs par rapport à la demande pour leurs services, une faible productivité peut refléter une inefficacité économique. Il est fréquent, dans les systèmes de santé publics, que les agents de santé soient concentrés dans les grandes villes et à la périphérie de celles-ci. Pour cette raison, les établissements de ces secteurs ont des effectifs pléthoriques, alors que ceux qui se trouvent dans des secteurs moins attrayants (les régions rurales éloignées) manquent de personnel. Des variations importantes de la productivité de la main-d'oeuvre d'un établissement à l'autre entraînent souvent une répartition inefficiente des ressources humaines. C'est un exemple extrême d'inefficacité économique.

Un problème qui ôte toute validité aux indicateurs de productivité de la main-d'oeuvre comme mesures de l'efficacité (dans certains cas) est le fait que la main-d'oeuvre d'un établissement peut avoir une productivité élevée parce que l'établissement en question utilise des niveaux non économiques d'intrants complémentaires (des niveaux d'intrants qui ne minimisent pas les coûts). Ce problème ne peut être surmonté qu'en utilisant des indicateurs de coût unitaire, comme nous le verrons dans un instant. Enfin, si l'établissement ne fournit pas le type ou la qualité de services que désirent les consommateurs (inefficacité allocative), cela se reflétera aussi dans la faible productivité de la main-d'oeuvre.

Bien que la productivité de la main-d'oeuvre soit relativement facile à mesurer (par comparaison au coût unitaire, par exemple, qui est étudié ci-après), elle n'en présente pas moins certains problèmes de mesure. Premièrement, toutes les visites ne sont pas identiques. Certains établissements traitent peut-être des cas relativement complexes ou peuvent avoir davantage de premières visites que d'autres. Il peut y avoir aussi des variations dans la qualité des soins entre plusieurs établissements (les visites d'un établissement peuvent exiger davantage de temps du personnel et d'autres intrants que celles qui ont lieu dans un autre établissement). Dans certains cas, on ne dispose peut-être pas de données sur le nombre d'heures de travail, et il faudra peut-être remplacer le nombre d'heures de travail par le nombre d'employés pour mesurer les intrants de main-d'oeuvre. Si le nombre d'heures de travail par jour, semaine ou mois varie d'un établissement à l'autre, cela peut introduire un élément d'erreur dans la mesure des intrants.

Dans les systèmes de santé publics où la répartition des ressources humaines entre les établissements laisse à désirer, les niveaux observés de productivité de la main-d'oeuvre dans les établissements en sous-effectif peuvent indiquer une qualité médiocre des soins plutôt qu'une efficacité relativement élevée. C'est un exemple du genre de situation dans lequel il faut utiliser en même temps des indicateurs de plus d'une dimension (efficacité et qualité par exemple) pour pouvoir évaluer avec précision la performance du système.

Lorsque les intrants de main-d'oeuvre s'appliquent à tout le personnel médical, il est habituellement souhaitable de pondérer les différentes catégories de personnel en fonction, d'une certaine manière, de leurs productivités relatives. Dans la pratique, les taux relatifs des salaires sont utilisés le plus souvent à cette fin, de sorte que la mesure des intrants de main-d'oeuvre

devient les coûts de personnel.[1] Un problème lorsque l'on compare de tels indicateurs entre divers pays tient à des différences considérables de salaires entre certains pays. Une solution possible est de limiter les comparaisons à des pays comparables en termes de revenus par habitant (par exemple, le groupe de pays à faible revenu).

- *Le coût par visite de soins ambulatoires[2] (ou les dépenses de fonctionnement par visite de soins ambulatoires)*

- *Le coût lit-jour à l'hôpital (ou par admission à l'hôpital, ou encore par sortie de l'hôpital)*

Ce sont des mesures de coûts unitaires qui sont souvent utilisées comme indicateurs de l'efficacité. Elles diffèrent de deux façons des indicateurs de productivité de la main-d'oeuvre qui ont été examinés plus haut. Premièrement, ce sont des indicateurs intrants/extrants alors que les indicateurs de productivité de la main-d'oeuvre sont des indicateurs extrants/intrants. Cela implique que des coûts unitaires faibles vont de pair avec l'efficacité, tandis que des niveaux élevés de productivité de la main-d'oeuvre vont habituellement de pair avec l'efficacité. Deuxièmement, la mesure des intrants comprend tous les intrants (ou du moins tous les intrants variables); le numérateur du coût est en fait la somme de tous les intrants utilisés, pondérés par leurs coûts unitaires. L'utilisation du coût comme mesure des intrants évite les problèmes notés plus haut pour les mesures de l'efficacité par la productivité de la main-d'oeuvre - lorsque des valeurs élevées de la productivité de la main-d'oeuvre peuvent refléter une utilisation non économique des intrants complémentaires.

Le principal inconvénient de l'utilisation de mesures des coûts unitaires comme indicateurs de l'efficacité est qu'elles nécessitent des estimations des coûts, dans certains cas ventilées par fonctions (par exemple, le coût des services en régime d'hospitalisation par rapport aux services en soins ambulatoires dans un hôpital). Lorsque de bonnes données budgétaires sont disponibles, il peut être relativement simple d'obtenir des estimations des coûts de fonctionnement.

Les indicateurs des coûts unitaires peuvent présenter un autre problème: les variations des coûts unitaires entre établissements de santé peuvent refléter des variations au plan de la qualité mais cela n'a peut-être aucune implication en ce qui concerne l'efficacité relative. Dans certains cas, ils peuvent refléter aussi des variations du coût unitaire des intrants (bien qu'il soit plus facile de corriger de telles variations que de corriger des variations au plan de la qualité). En outre, lorsqu'on fait des comparaisons entre pays, surtout lorsque des taux de change sont utilisés pour convertir les monnaies nationales en dollars (ou toute autre unité monétaire standard), les variations observées peuvent refléter des erreurs de mesure de l'indice des prix.

- *Le pourcentage de visites de soins ambulatoires obtenues auprès du secteur privé*

---

[1] Si elles sont disponibles, les estimations des productivités marginales relatives de différentes catégories de main-d'oeuvre, qui peuvent être obtenues à partir d'estimations des fonctions de production, peuvent être préférables aux taux des salaires relatifs (qui peuvent aussi refléter le pouvoir du marché ou la tradition).

[2] Il est préférable d'utiliser les coûts complets (c'est-à-dire, comprenant les coûts d'investissement et les coûts fixes), plutôt qu'uniquement les coûts de fonctionnement ou les coûts variables. Ainsi, les variations des coûts unitaires ne reflètent pas une utilisation plus grande ou moins grande des apports de capitaux complémentaires. Toutefois, dans la pratique, le fait que les données budgétaires se limitent habituellement aux dépenses de fonctionnement débouche souvent sur l'établissement de mesures des intrants qui se limitent aux intrants variables (tels que le personnel, les fournitures et les médicaments).

- *Les lits d'hôpitaux privés en pourcentage du total*

Les indicateurs ci-dessus sont des mesures de l'importance relative du secteur privé dans la prestation de soins à la fois ambulatoires et en régime d'hospitalisation. On suppose souvent (et cette supposition repose sur des preuves empiriques limitées) que les prestataires privés sont à la fois techniquement et économiquement plus efficients que les prestataires publics. Leur avantage présumé du point de vue de l'efficacité technique et économique vient non seulement du fait qu'ils dépendent davantage d'incitations monétaires mais aussi du fait que la concurrence sur les marchés privés qui se traduit par une éviction progressive des prestataires relativement faibles. La même discipline n'existe pas nécessairement en ce qui concerne les prestataires du secteur public.

Toutefois, à moins que les prestataires privés ne soient soumis à une réglementation efficace, soit par les pouvoirs publics soit par leurs propres organisations professionnelles, l'importance accrue qu'ils attachent au “bénéfice net” peut les rendre allocativement moins efficients, dans certains cas, que les prestataires publics. Par exemple, les prestataires privés peuvent être moins incités à encourager des soins préventifs. Ils peuvent aussi prescrire des services de santé dont leurs patients n'ont pas vraiment besoin. En conséquence, dans un climat de réglementation faible, les indicateurs de l'importance relative du secteur sanitaire privé ne sont peut-être pas des indicateurs valables de l'efficacité.

- *Les dépenses de personnel en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement*

- *Les dépenses pour les médicaments et les fournitures en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement*

Ces indicateurs sont souvent appliqués aux systèmes sanitaires de l'Etat pour suivre l'évolution de l'efficacité économique. Lorsque les ressources budgétaires sont insuffisantes, les ministères de la santé cherchent à protéger les emplois et à permettre une diminution relative, et parfois absolue, des autres intrants. Dans de tels cas, les intrants ne sont plus associés de sorte à minimiser les coûts. Dans des situations extrêmes, la qualité des soins tombe en dessous de seuils acceptables et les établissements sont sous-utilisés.

Bien qu'un pourcentage élevé des dépenses de personnel et un pourcentage faible des dépenses pour les médicaments et les fournitures signalent d'ordinaire une inefficacité, il n'en est pas toujours ainsi. Par exemple, des valeurs très faibles des dépenses de personnel peuvent indiquer que les salaires sont trop bas par rapport aux salaires du secteur privé. Cette situation peut amener les agents de santé du secteur public à réduire leurs heures de travail, et à utiliser le reste de leur temps à l'exercice de leur profession dans le privé (ce qui peut entraîner en soi d'autres inefficacités).

De même, des pourcentages élevés des dépenses de médicaments peuvent aussi signifier une inefficacité. Par exemple, les dépenses de médicaments peuvent être élevées pour plusieurs raisons: le système logistique est inefficient, il y a un “coulage” des médicaments vers les marchés privés, ou bien des médicaments de marque sont utilisés de préférence à des médicaments génériques. Une valeur élevée de l'indicateur peut aussi suggérer une qualité médiocre des soins en raison d'une utilisation excessive de médicaments.

Ces indicateurs sont simples à construire et pour suivre une évolution dans le temps, puisqu'ils sont calculés en utilisant des données normalisés relatives au budget et/ou aux dépenses de l'Etat.

- *Le nombre d'infirmières par médecin*
- *Le nombre d'infirmières par lit d'hôpital*
- *Le nombre de médecins par lit d'hôpital*

Ce sont des indicateurs de l'efficacité économique (c'est-à-dire l'utilisation de combinaisons d'intrants d'un moindre coût). Ils sont faciles à mesurer et ils peuvent être interprétés en les comparant aux fourchettes standards obtenues à partir de données internationales. Ce sont des indicateurs valables de l'efficacité économique dans le domaine du personnel mais ils doivent être combinés à d'autres indicateurs (tels que les indicateurs précédents) de l'utilisation globale du personnel. Des valeurs particulièrement élevées ou particulièrement faibles de ces indicateurs par rapport à celles d'autres pays ayant un niveau de revenu comparable peuvent révéler une inefficacité.

Dans certains cas, l'utilisation de ratios médecins-infirmières particulièrement élevés peut sembler efficiente, tout du moins dans le court terme, s'il y a relativement trop de médecins. Cependant, la production de la main-d'oeuvre sanitaire est habituellement fortement subventionnée dans les pays en développement, de sorte qu'il faut regarder au-delà des conditions de l'offre dans un pays particulier.

- *Le ratio du salaire moyen d'un agent de santé de l'Etat (par exemple, médecin, infirmière, technicien) ayant un niveau donné d'expérience par le revenu d'un agent équivalent dans le secteur sanitaire public*
- *Les salaires des agents de santé de l'Etat sont payés en temps voulu (oui/non)*
- *Il existe des mesures d'incitation convenables pour récompenser le personnel sanitaire du secteur public pour sa performance (oui/non)*

Ces indicateurs sont conçus pour déterminer si les agents de santé sont convenablement compensés par rapport à ceux du secteur privé et s'ils bénéficient d'incitations adéquates pour faire convenablement leur travail - ce qui est lié directement à l'efficacité technique.

Dans le cas du premier indicateur, les données relatives à ce que gagnent les agents de santé dans le secteur privé sont généralement obtenues auprès d'hôpitaux privés et d'employeurs privés. Il est souvent difficile d'obtenir de tels renseignements auprès de praticiens et ou de cliniques du privé. En ce qui concerne le troisième indicateur (incitations pour des performances satisfaisantes), il peut être difficile de déterminer ce qui “convient.” Néanmoins, un système d'incitations convenable devrait avoir au moins les caractéristiques suivantes: 1) le personnel est promu sur la base de son mérite (et les promotions sont perçues ainsi); 2) une performance solide est récompensée; et 3) une performance médiocre aboutit à un licenciement.

- *Les dépenses pour les médicaments génériques en pourcentage du total des dépenses pour les médicaments*

- *Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)*

Ces indicateurs sont des mesures de la “valeur contre argent” qu'un système de santé obtiendra vraisemblablement de ses dépenses de médicaments. Les gouvernements socialistes ont toujours été très critiques des compagnies pharmaceutiques multinationales. Mais, de nombreux pays en développement (en particulier les pays francophones) ont dépensé des pourcentages élevés de leurs budgets nationaux limités pour l'achat de médicaments de marque. Dans de nombreux pays, les consommateurs se soignent eux-mêmes avec des médicaments achetés en pharmacie, et les pharmaciens prescrivent souvent des médicaments de marque qui sont plus chers. De ce fait, le premier des deux indicateurs énoncés ici devrait, si possible, être appliqué aux achats de médicaments à la fois publics et privés.

- *Le pourcentage du budget de fonctionnement de l'Etat pour la santé qui est consacré aux services de santé publics*

C'est un indicateur de l'efficacité allocative qui a une justification à la fois en termes de santé publique et du point de vue économique. Les services sanitaires publics, par opposition aux services de santé privés, sont définis comme étant soit des services de santé qui ont des effets bénéfiques pour le public (des services tels que le contrôle des vecteurs, un service pour lequel il serait impossible de faire payer un tarif), soit des services qui impliquent des “externalités” (des services tels que la vaccination ou la lutte contre les maladies infectieuses qui affectent la santé d'autrui).

On pourrait aussi justifier l'inclusion de dépenses d'éducation pour la santé, ou “l'information, éducation et communication” (IEC), pour la bonne raison que certains types d'informations sont un bien public (c'est-à-dire qu'il serait difficile de faire payer un tarif pour certaines formes d'éducation sanitaire) et que, s'il n'y avait pas d'intervention de l'Etat, les marchés privés fourniraient trop peu d'éducation pour la santé. Un argument semblable pourrait être formulé pour de nombreux types de recherches.

Les économistes reconnaissent que les marchés ne fonctionnent pas de manière efficace pour ce qui est des services de santé publics et ils appuient donc l'utilisation de subventions de l'Etat pour ces services (mais pas nécessairement une prestation par l'Etat de ces services). Les défenseurs de la santé publique estiment que de tels services sont généralement d'un meilleur rapport coût-efficacité que les services de santé privés (bien qu'il y ait des exceptions majeures, telles que les services de maternité sans risques qui, bien qu'ayant un caractère privé, sont cependant d'un bon rapport coût-efficacité).

- *Les dépenses pour les soins de santé primaires en pourcentage des dépenses de fonctionnement*

- *Le pourcentage du total des dépenses publiques pour des médicaments qui est attribué à des établissements de soins primaires*

Le premier de ces deux indicateurs est largement utilisé pour mesurer l'efficacité allocative.

Cependant, il peut induire en erreur. Par exemple, les soins de santé primaires comprennent à la fois les services curatifs et préventifs; et l'allocation des ressources peut être inefficace *à l'intérieur* du secteur de la santé primaire.

Par rapport aux économistes, les défenseurs du secteur sanitaire public donnent plus volontiers la préférence à l'indicateur des dépenses de soins de santé primaires en pourcentage des dépenses de fonctionnement. Les deuxièmes estiment que les services de santé primaires sont d'un meilleur rapport coût-efficacité que les services secondaires ou tertiaires. Pour leur part, les économistes appuient l'utilisation de cet indicateur car de nombreux services de santé primaires méritent des subventions pour des raisons tant d'efficacité que d'équité. Lorsque la couverture par de biais d'assurances est faible, les économistes reconnaissent toutefois que les financements publics (qui impliquent une prestation directe, s'il n'y a pas d'assurance) des services hospitaliers peuvent être aussi une allocation efficiente des ressources (“efficiente” au sens qu'ils augmentent le bien-être du consommateur, mais pas nécessairement “efficiente” par ses effets sur les indicateurs relatifs à l'état de santé de la population en général).

Le deuxième indicateur tente aussi de mesurer l'efficacité allocative mais il est axé davantage sur l'allocation de l'intrant le plus important en dehors du personnel, qui peut être un indicateur plus valable des priorités du système sanitaire de l'Etat.

- *Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)*
- *Les niveaux des tarifs encouragent l'efficacité (oui/non)*
- *Le système d'orientation fonctionne efficacement (oui/non)*

Pour des raisons d'efficacité, des tarifs devaient être perçus dans tous les établissements publics, pour tous les services. De manière générale également (avec les exceptions qui seront indiquées par la suite), les redevances devraient être égales aux coûts marginaux sociaux de la production du service (ce qui, sur des marchés compétitifs, implique qu'à terme ils seront égaux à la moyenne, ou aux coûts unitaires). Faire payer aux consommateurs un tarif qui est fonction du coût encourage une consommation efficiente des services de santé par les consommateurs car, par exemple, cette stratégie permet d'éviter une consommation excessive de services de santé et elle peut aussi inciter le public à adopter un comportement général qui contribue à un bon état de santé, notamment par l'utilisation de services préventifs. Lorsque les consommateurs paient un tarif, un lien important est créé entre le prestataire et le consommateur. Ce lien encourage également une prestation de services plus efficiente (les tarifs encouragent une efficacité à la fois au plan de l'offre et à celui de la demande).

S'il est vrai que les tarifs devraient être égaux aux coûts marginaux en général, il y a cependant certaines exceptions importantes à cette règle. Premièrement, certains types de services de santé, tels que les “biens publics” ne sont pas adaptés à la perception d'un tarif quelconque (par exemple, le contrôle des vecteurs ou la pureté de l'air). Deuxièmement, là où les avantages sociaux marginaux divergent des avantages marginaux privés (par exemple, les vaccinations, le traitement des maladies contagieuses), ou lorsque les coûts sociaux marginaux divergent des coûts sociaux privés (les salaires des prestataires de soins dans le secteur public sont inférieurs par exemple aux niveaux du marché), les tarifs devraient être ajustés pour engendrer un niveau socialement optimum d'extrants (les avantages sociaux marginaux seraient égaux au coût social marginal).

Troisièmement, s'il n'y a pas d'assurance, les tarifs pour certains types de services (tels que les soins pour des états catastrophiques à l'hôpital, ou les soins pour des maladies chroniques) pourraient être subventionnés à des fins de financement social. En général, il y aura une subvention optimum pour de tels services afin de trouver un juste milieu entre les gains en termes de bien-être grâce au financement social (c'est-à-dire les avantages de la mise en commun des risques) et les coûts du bien-être résultant d'une consommation excessive (“risque moral”). Le niveau optimal du financement social (et des améliorations du bien-être en général) peut être augmenté s'il existe un système d'orientation efficace qui limite le risque moral (c'est-à-dire que les tarifs subventionnés sont réservés aux consommateurs qui ont été aiguillés sur l'hôpital). C'est la raison du dernier des trois indicateurs qui sont énoncés ci-dessus.

Quatrièmement, on peut avoir besoin de subventions pour promouvoir des objectifs de distribution (par exemple, équité, régression de la pauvreté). Les services de santé peuvent être subventionnés par exemple, ou même être dispensés gratuitement aux pauvres. Dans certains endroits, les services peuvent être subventionnés pour tout le monde car le coût du ciblage (vérification des revenus) pourrait dépasser les avantages des cette méthode. A l'opposé, les redevances peuvent être subventionnées pour les personnes qui habitent à une certaine distance (5 km par exemple) d'un établissement de santé, en raison du temps nécessaires et des frais de transport liés à l'obtention de services de santé.

- *La durée moyenne des séjours hospitaliers*
- *Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux*

Ce sont des indicateurs largement utilisés de l'efficacité du secteur hospitalier. La durée moyenne supérieure d'un séjour, et des taux d'occupation particulièrement élevés, peuvent résulter de mécanismes de budgétisation ou de remboursement inefficaces. Dans certains pays par exemple, les budgets hospitaliers sont liés aux taux d'occupation. Des taux d'occupation faibles peuvent signifier que les hôpitaux sont trop grands par rapport aux besoins dans certains endroits (c'est-à-dire qu'on a construit trop d'hôpitaux). Des taux d'occupation faibles peuvent également indiquer une qualité de soins médiocre dans une catégorie particulière d'hôpitaux (par exemple, des taux d'occupation faibles dans les hôpitaux de district, par rapport aux hôpitaux provinciaux, peuvent signifier que la première catégorie d'établissements dispense des soins de qualité médiocre).

“La durée moyenne des séjours hospitaliers” est un indicateur très utilisé pour évaluer l'efficacité de l'hôpital, tout comme “le taux d'occupation des lits d'hôpitaux.” Mais les comparaisons entre pays de cet indicateur doivent tenir compte des définitions différentes utilisées par chaque pays - il faut savoir par exemple si la mesure s'applique seulement aux établissements qui traitent des maladies graves (Bossert, Berman et Costello, 1995).

- *Le pourcentage des personnes assurées qui sont inscrites dans des plans qui utilisent des tickets modérateurs et des franchises, des réseaux de soins coordonnés, ou des plans soumis à une budgétisation générale*

Cet indicateur a pour but de mesurer l'ampleur de la maîtrise de coûts dans divers plans d'assurance sociaux et privés. La maîtrise des coûts est importante pour contrôler les coûts en rapport avec la couverture de l'assurance santé (c'est-à-dire réduire les effets du risque moral).

Indicateurs relatifs à la durabilité

Durabilité financière

- *Le pourcentage de l'ensemble du système de santé qui est financé par la fiscalité*
- *Le pourcentage du système de santé public financé par la fiscalité*
- *Les dépenses sanitaires publiques en pourcentage du budget total de l'Etat*
- *Les dépenses sanitaires publiques en pourcentage du PIB*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires totales financé par les bailleurs de fonds*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques financé par les bailleurs de fonds*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires récurrentes de l'Etat financé par les bailleurs de fonds*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux soins primaires*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux soins préventifs*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux services de SMI*

Durabilité institutionnelle

- *Les médecins étrangers en pourcentage de l'ensemble des médecins*
- *Le nombre de mois d'assistance technique financé par les bailleurs de fonds*
- *Les dépenses des bailleurs de fonds pour l'assistance technique en pourcentage de l'ensemble des dépenses sanitaires des bailleurs de fonds*

2.5 Indicateurs relatifs à la durabilité

2.5.1 Définition de la durabilité

Au niveau d'un système de santé, la “durabilité” désigne la capacité du système à poursuivre avec succès ses activités normales dans l'avenir, si l'aide fournie par l'étranger prenait fin. La plupart des définitions de la durabilité stipulent aussi que le système sera en mesure d'élargir ses activités en fonction des besoins pour pouvoir faire face à l'augmentation de la demande due à la

croissance économique et démographique. La durabilité comporte à la fois des dimensions financières et institutionnelles. La durabilité financière a trait à la capacité du système de santé à remplacer les fonds étrangers par d'autres sources de financement, généralement nationales. La durabilité institutionnelle désigne la capacité du système, s'il est convenablement financé, à assembler et à gérer les ressources non financières nécessaires pour mener à bien ses activités normales.

2.5.2 Discussion de la durabilité

Le concept de durabilité peut également s'appliquer à un projet - c'est d'ailleurs l'origine du concept - et aux institutions à l'intérieur d'un système de santé (par exemple, un ministère de la santé, une ONG). S'il s'agit d'un projet, la durabilité désigne la capacité du bénéficiaire à mobiliser des ressources pour financer les dépenses de fonctionnement d'un projet une fois que celui-ci sera terminé (lorsque la phase d'investissement aura pris fin) et de mobiliser des compétences techniques pour poursuivre l'activité appuyée par le programme.

S'il s'agit d'une institution en rapport avec un projet, le concept de durabilité a trait à la capacité de l'institution à se maintenir et à continuer de fournir les mêmes services que par le passé (et éventuellement aussi à élargir ses opérations pour pouvoir accompagner la progression de la croissance) lorsque l'aide étrangère prendra fin. Le concept de durabilité institutionnelle est rarement appliqué à des institutions commerciales puisqu'on reconnaît que le fonctionnement normal des marchés et la concurrence aboutissent à un certain pourcentage d'échecs durant une année donnée.

Les investissements des bailleurs de fonds se concentrent souvent sur les soins de santé primaires, en particulier sur des interventions qui ciblent les femmes et les enfants. On estime généralement que les pouvoirs publics ont tendance à réduire ces catégories de services au profit des services hospitaliers en période de restrictions budgétaires. Donc, pour les bailleurs de fonds, la durabilité du système de santé engendre souvent la pérennité des programmes dans lesquels ils ont investi. En d'autres termes, le concept opérationnel de la durabilité du système pour les bailleurs de fonds se situe quelque part entre le souci de viabilité du système sanitaire dans son ensemble et la pérennité de programmes particulièrement vulnérables.

2.5.3 Indicateurs relatifs à la durabilité

Jusqu'à présent, la plupart des réformes du secteur de la santé axées sur la performance du système de santé (par opposition à un projet ou à une institution unique) se sont concentrées sur la durabilité financière. Mais, dans certains cas (notamment dans les pays très pauvres et dans les pays en transition), il se peut que les institutions constituant le système de santé ne soient pas durables si l'assistance technique des bailleurs de fonds n'est pas maintenue.

Durabilité financière

- *Le pourcentage de l'ensemble du système de santé qui est financé par la fiscalité*
- *Le pourcentage du système de santé public financé par la fiscalité*

Les financements de l'Etat, qu'il s'agisse de budgets centraux ou de budgets des collectivités provinciales/locales, se sont révélés être des sources vulnérables de financement pour plusieurs raisons. Premièrement, il est difficile pour de nombreux pays en développement de mobiliser des recettes suffisantes par le truchement de leur système fiscal pour satisfaire une demande accrue de services de santé (leur capacité fiscale est faible). Deuxièmement, les financements de l'Etat par le biais des recettes fiscales générales (ainsi que par le financement des ménages dans les pays les plus pauvres) peuvent être difficiles à maintenir en période de récession. Troisièmement, les financements de l'Etat sont soumis à des pressions politiques. D'autres sources de financement peuvent être plus durables, par exemple les taxes en rapport avec l'emploi (assurance sociale), les assurances santé privées, le financement des employeurs (ou la prestation directe de services de santé par les employeurs) ou des tarifs demandés aux utilisateurs.

Bien que ces indicateurs soient proposés pour mesurer la durabilité, ils ont aussi une dimension d'efficacité. Des études récentes aux Etats-Unis et dans d'autres pays indiquent que le fardeau supplémentaire (“coûts entraînant des distorsions” ou “les pertes dues à des poids morts”) associé à la perception, par la fiscalité, d'une unité monétaire supplémentaire est élevé. Aux Etats-Unis par exemple, le fardeau supplémentaire associé à la perception d'un dollar de recette supplémentaire serait de l'ordre de 0,17 à 0,57 dollar.

En calculant cet indicateur, le financement des bailleurs de fonds pourrait être traité comme faisant partie du financement de l'Etat.

- *Les dépenses sanitaires publiques en pourcentage du budget total de l'Etat*
- *Les dépenses sanitaires publiques en pourcentage du PIB*

Le financement par l'Etat, comme noté plus haut, est un élément particulièrement vulnérable du financement du système de santé. Il est courant de prendre les tendances récentes des dépenses du gouvernement comme point de départ pour évaluer la durabilité future du système.

- *Le pourcentage des dépenses sanitaires totales financé par les bailleurs de fonds*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques financé par les bailleurs de fonds*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires récurrentes de l'Etat financé par les bailleurs de fonds*

Ce sont des mesures couramment utilisées pour évaluer la durabilité financière du système de santé. En calculant les indicateurs, le financement des bailleurs de fonds devrait se limiter aux subventions (seule la partie des prêts qui représente des subventions devrait être incluse). Un inconvénient majeur de ces indicateurs est le fait qu'ils sont sensibles à des variations des taux de change (ou à l'inflation, si le taux de change est fixe).

- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux soins primaires*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux soins préventifs*
- *Le pourcentage des dépenses sanitaires publiques affecté aux services de SMI*

Comme nous l'avons noté plus haut, ce sont des secteurs dans lesquels les gouvernements ont tendance à faire des coupes lorsque les budgets sont très serrés, et ce sont aussi des sources de financement pour nombre de programmes qui ont été mis en place avec des investissements des bailleurs de fonds. Bien que ces indicateurs puissent être utilisés efficacement pour le suivi de la durabilité au niveau du système, il est important de reconnaître que des comparaisons entre pays peuvent être très trompeuses. Les systèmes de santé sont très différents dans la manière dont ils définissent les soins de santé primaires, les soins préventifs et les services de SMI à des fins comptables, et dans la manière dont ils répartissent les coûts entre les diverses catégories.

Durabilité institutionnelle

- *Les médecins étrangers en pourcentage de l'ensemble des médecins*
- *Le nombre de mois d'assistance technique financé par les bailleurs de fonds*
- *Les dépenses des bailleurs de fonds pour l'assistance technique en pourcentage de l'ensemble des dépenses sanitaires des bailleurs de fonds*

Ces indicateurs peuvent être suivis dans le temps pour montrer dans quelle mesure un système de santé est tributaire des ressources humaines étrangères. Le premier indicateur ne signifie peut-être pas que la durabilité n'est pas assurée dans certains pays (de nombreux pays du Golfe ont toujours eu des pourcentages élevés de médecins étrangers). Le deuxième indicateur est une mesure plus directe de la dépendance par rapport à l'aide technique étrangère. Toutefois, c'est un indicateur absolu et, en conséquence, il ne peut être utilisé efficacement que s'il sert à faire des comparaisons entre pays. Le troisième indicateur est un indicateur relatif mais il peut induire en erreur car certains bailleurs de fonds préfèrent des composantes d'assistance technique plus importantes que d'autres (et l'importance relative des bailleurs de fonds pris individuellement est très variable d'un pays à l'autre).

3. Elaboration d'une liste concise d'indicateurs

3.1 Introduction

Le nombre d'indicateurs discutés dans le chapitre précédent est beaucoup trop vaste pour être utilisé facilement. Une liste plus concise de 10 à 20 indicateurs peut suffire pour caractériser valablement la performance d'un système de santé donné. Il y a un certain nombre d'approches alternatives pour réduire une liste complète à une liste plus concise. La méthode la plus couramment utilisée consiste à convoquer une réunion durant laquelle la liste complète sera étudiée et un effort sera fait pour parvenir à une liste concise par une discussion de groupe. S'il est vrai que des réunions bien gérées peuvent permettre d'obtenir un tel résultat, les décisions prises risquent de refléter des jugements très subjectifs. Une autre processus, qui est davantage axé sur la qualité, tout en étant aussi un exercice de groupe, suivrait cette démarche:

- Convocation d'une réunion d'experts pour une discussion et pour s'entendre sur les trois décisions suivantes: 1) le nombre idéal d'indicateurs à inclure sur une liste concise; 2) les critères à utiliser dans l'évaluation des indicateurs individuels; et 3) le poids donné à chacun de ces critères (un projet de liste des critères devrait être préparé avant la réunion, ainsi que des suggestions pour attribuer une note à la performance d'un indicateur par rapport à chaque critère. Le but de la réunion serait de finaliser le texte distribué aux participants).

- Après la première réunion, une liste d'indicateurs serait communiquée aux experts auxquels on demanderait d'évaluer chacun des indicateurs en rapport avec les critères convenus lors de la première réunion. Les notes attribuées par les experts seraient additionnées et présentées au même groupe durant une deuxième réunion. Les débats lors de cette deuxième réunion se concentreraient sur le perfectionnement de la liste concise des indicateurs générée lors de ce processus, ainsi que sur des cas dans lesquels on n'aurait pas pu s'entendre sur des indicateurs particuliers (comme l'indique la variance des notes calculées). La deuxième réunion s'efforcerait de dégager un accord sur une liste concise qui serait pratique.

Le restant de ce chapitre étudie des critères qui pourraient être utilisés pour évaluer les indicateurs et pour donner un exemple de la méthodologie proposée pour le calcul de notes quantitatives.

3.2 Critères pour l'évaluation d'indicateurs individuels

La documentation existante sur l'évaluation (par exemple, Bertrand, Magnani et Rutenberg, 1996) suggère que les indicateurs devraient être choisis en fonction des critères suivants:

- **Validité**. L'indicateur mesure-t-il ce qu'il est censé mesurer? Une bonne partie de la discussion sur les indicateurs possibles dans la partie 2.0 (cf. plus haut) cherchait à établir si l'indicateur était un indicateur valable d'une dimension particulière de la performance du système de santé.

- **Précision**. L'indicateur est-il défini clairement et sans ambiguïté? Par exemple, si l'indicateur a trait aux dépenses de l'Etat, devrait-il être basé sur les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'investissement ou les dépenses totales?

- **Fiabilité**. Deux mesures de l'indicateur pour le même système de santé produisent-elles le même résultat? C'est un problème en particulier lorsque l'indicateur repose sur des évaluations subjectives ou lorsque les erreurs d'échantillonnage sont importantes, comme dans les enquêtes- ménage.

- **Promptitude**. L'indicateur est-il disponible sur une base annuelle et sans retards excessifs? C'est là un problème pour les indicateurs qui exigent des enquêtes-ménage ou qui sont tributaires de statistiques gouvernementales publiées avec un décalage de plusieurs années.

- **Comparabilité**. L'indicateur peut-il être utilisé pour comparer les systèmes de santé de manière significative entre plusieurs pays? Plus ou moins de poids pourra être donné à ce critère en fonction de l'objectif primordial attribué à l'indicateur.

- **Applicabilité**. L'indicateur peut-il être appliqué facilement de manière significative à des sous-régions et à des sous-groupes de la population (par exemple, sexe, revenu)?

- **Interprétabilité**. Est-ce qu'une valeur plus élevée (ou plus faible) de l'indicateur implique régulièrement que le système de santé fonctionne de manière satisfaisante? Certains indicateurs sont difficiles à interpréter car des valeurs relativement élevées ou faibles de l'indicateur peuvent impliquer une performance médiocre (par exemple, la partie des charges récurrentes absorbée par les médicaments).

- **Coût**. Peut-être géré? Il y a souvent des choix inévitables à faire entre le coût d'une part et la validité, la fiabilité, la pertinence d'autre part.

En plus des considérations ci-dessus, il est souhaitable que tous les indicateurs soient exprimés en termes relatifs plutôt qu'en termes absolus (par exemple, des pourcentages ou des ratios plutôt que des chiffres bruts) pour faciliter la comparaison et pour que le nombre total d'indicateurs soit aussi limité que possible pour refléter convenablement les diverses dimensions de la performance. Les indicateurs ne sont jamais directionnels (par exemple, “augmentation des recettes provenant des tarifs”), c'est le rôle des objectifs.

3.3 Un exemple d'indicateurs pour l'attribution d'une note

Le Tableau 3.1 (voir page 47) dresse une liste d'indicateurs en rapport avec l'efficacité du système de santé (cf. section 2.4.3) qui fournit une note *hypothétique* pour chaque indicateur selon les critères énoncés au chapitre précédent (5 est la note la plus élevée qui puisse être donnée

et 1 est la note la plus faible[3]). Par exemple, l'indicateur “Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins” reçoit une note relativement faible pour la Validité (il ne reflète pas l'utilisation d'autres intrants, tels que la main-d'oeuvre hors médecins et le capital) mais des notes élevées pour l'autre critère (il est clairement défini et fournit des résultats homogènes; il fournit un point de départ pour des comparaisons entre des établissements, des zones géographiques et même des pays; il est facile à interpréter et peut être calculé à peu de frais avec les données afférentes au système de santé qui sont facilement disponibles). “Le coût par visite de soins ambulatoires” est une mesure plus valable de l'efficacité (il reflète l'utilisation d'autres intrants) mais son calcul est onéreux (il exige des données relatives aux coûts), il n'est peut-être pas fiable (si différentes hypothèses sont utilisées pour estimer les coûts), et il ne convient pas bien pour des comparaisons internationales (en raison du problème lié à la comparaison des coûts en différentes monnaies).

Le Tableau 3.2 (voir page 50) dresse à nouveau une liste des indicateurs (colonne 1) et il présente une somme non pondérée de leurs notes brutes provenant du Tableau 3.1 (colonne 2; la valeur maximale est 40), ainsi que leur classement ordinal sur la base de cette somme non pondérée (colonne 3). Le Tableau 3.2 inclut aussi une somme pondérée[4] (purement hypothétique) des notes brutes (colonne 4; la valeur maximale est à nouveau de 40) et leur classement selon cette somme pondérée (colonne 5). La pondération peut être utilisée si certains des critères sont considérés comme étant plus importants que les autres (à savoir, la Validité et le Coût dans cet exemple hypothétique)[5]. Le Tableau 3.2 montre comment la méthodologie peut être utilisée pour identifier une liste concise d'indicateurs, ainsi que la sensibilité potentielle de la méthodologie de pondération utilisée (en l'occurrence, pas très sensible dans cet exemple hypothétique).

En examinant le classement du Tableau 3.2, il est clair que des indicateurs semblables sont souvent classés ensemble. Par exemple, les deux indicateurs qui se classent en premier (sans pondération) sont “Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins” et “Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des infirmières.” Etant donné que ces indicateurs sont tous les deux des mesures de la productivité de la main-d'oeuvre, il serait inutile de les inclure tous les deux sur une liste concise. En l'absence de pondérations différentes des critères, les résultats du Tableau 3.2 suggèrent qu'une liste concise appropriée d'indicateurs de l'efficacité pourrait comprendre:

- Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins
- Les dépenses de personnel en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement
- Le nombre d'infirmières par médecin
- Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)

[3] Dans une application réaliste où chaque membre d'un groupe d'experts fait la somme des indicateurs, les notes brutes seraient présentées sous forme de moyennes ou d'écarts-type, avec la deuxième formule qui servirait de note tandis que la première serait un indicateur du niveau de consensus existant entre les experts.

[4] Les pondérations hypothétiques sont les suivantes: Validité (3,0); Précision, Fiabilité, Promptitude, Comparabilité, Applicabilité et Interprétabilité (0,5); et Coût (2,0).

[5] Inversement, si les indicateurs doivent être utilisés essentiellement pour comparer la performance des systèmes de santé entre pays, il serait important d'attribuer un poids plus grand au critère de Comparabilitié.

- Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)
- *La durée moyenne des séjours hospitaliers*[6]
- *Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux*

Dans le cas pondéré, les résultats du Tableau 3.2 suggèrent que les indicateurs suivants pourraient constituer une liste concise de l'efficacité:

- Les dépenses de personnel en pourcentage des dépenses sanitaires de fonctionnement
- *Le ratio des visites de soins ambulatoires par les dépenses de personnel*[7]
- Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)
- Le nombre d'infirmières par médecin
- Les visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins
- Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)
- *Les niveaux des tarifs encouragent l'efficacité (oui/non)*

[6] Les indicateurs en italique figurent uniquement sur la liste concise non pondérée.

[7] Les indicateurs en italique figurent uniquement sur la liste concise pondérée.

Tableau 3-1

Notes individuelles par critère pour les indicateurs d'efficacité du système (5= Maximum, 1 = minimum)

	Validité	Précision	Fiabilité	Promptitude	Comparabilité	Applicabilité	Interprétabilité	Coût
Visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins	3	5	5	5	5	5	5	5
Visites de soins ambulatoires par médecin	2	5	5	5	5	5	5	5
Visites de soins ambulatoires par heure de travail des infirmières	3	5	5	5	5	5	5	5
Visites de soins ambulatoires par infirmière	2	5	5	5	5	5	5	5
Ratio des visites de soins ambulatoires par les dépenses de personnel	4	5	5	5	3	5	5	5
Coût par visite de soins ambulatoires	5	4	3	4	3	5	5	3
Dépenses de fonctionnement par visite de soins ambulatoires	4	4	3	4	3	5	5	3
Coût lit-jour à l'hôpital	4	4	3	4	3	5	4	3
Coût par admission à l'hôpital	4	4	3	4	3	5	4	3
Pourcentage de visites de soins ambulatoires obtenues auprès du secteur privé	3	4	3	3	4	4	4	3
Lits d'hôpitaux privés en pourcentage du total	3	4	3	5	5	5	4	5
Dépenses de personnel en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement	5	5	5	4	5	5	3	5
Dépenses pour les médicaments et les fournitures en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement	5	5	5	4	5	5	3	5
Nombre d'infirmières par médecin	4	5	5	5	5	5	3	5
Nombre d'infirmières par lit d'hôpital	4	5	3	5	3	5	3	5
Nombre de médecins par lit d'hôpital	4	5	3	5	3	5	3	5

Tableau 3-1

Notes individuelles par critère pour les indicateurs d'efficacité du système (5= Maximum, 1 = minimum)

	Validité	Précision	Fiabilité	Promptitude	Comparabilité	Applicabilité	Interprétabilité	Coût
Ratio du salaire moyen d'un agent de santé de l'Etat ayant un niveau donné d'expérience par le revenu d'un agent équivalent dans le secteur sanitaire public	4	4	3	4	4	4	4	3
Les salaires des agents de santé de l'Etat sont payés en temps voulu (oui/non)	3	2	2	4	3	2	5	4
Il existe des mesures d'incitation convenables pour récompenser le personnel sanitaire du secteur public pour sa performance (oui/non)	4	3	3	4	3	2	5	4
Les agents de santé de l'Etat ont le droit d'exercer dans le privé (oui/non)	2	4	4	4	4	2	3	5
Dépenses pour les médicaments génériques en pourcentage du total des dépenses pour les médicaments	4	4	4	3	4	2	4	4
Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)	4	5	5	5	5	2	5	5
Pourcentage du budget de fonctionnement de l'Etat pour la santé qui est consacré aux services de santé publics	4	3	3	3	4	3	5	5
Dépenses pour les soins de santé primaires en pourcentage des dépenses de fonctionnement	3	3	4	3	4	3	2	5
Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)	4	5	5	5	5	3	5	5
Les niveaux des tarifs encouragent l'efficacité (oui/non)	5	3	3	5	5	3	5	4
Le système d'orientation fonctionne efficacement (oui/non)	5	3	3	5	5	3	5	4
Durée moyenne des séjours hospitaliers	3	5	5	5	3	5	3	5

Tableau 3-1

Notes individuelles par critère pour les indicateurs d'efficacité du système (5= Maximum, 1 = minimum)

	Validité	Précision	Fiabilité	Promptitude	Comparabilité	Applicabilité	Interprétabilité	Coût
Taux d'occupation des lits d'hôpitaux	3	5	5	5	3	5	3	5
Pourcentage des personnes assurées qui sont inscrites dans des plans qui utilisent des tickets modérateurs et des franchises, des réseaux de soins coordonnés, ou des plans soumis à une budgétisation générale	4	4	4	4	4	2	5	4

Tableau 3-2

Sommes non pondérées et pondérées[1] et classement des notes individuelles pour les critères, à partir du Tableau 3-1

	Somme non pondérée	Classement somme non pondérée	Somme pondérée[1]	Classement somme pondérée
Visites de soins ambulatoires par heure de travail des médecins	38,0	1	34,0	3
Visites de soins ambulatoires par médecin	37,0	2	31,0	*10*
Visites de soins ambulatoires par heure de travail des infirmières	*38,0*	*1*	*34,0*	*3*
Visites de soins ambulatoires par infirmière	37,0	2	*31,0*	*10*
Ratio des visites de soins ambulatoires par les dépenses de personnel	37,0	*2*	*36,0*	*2*
Coût par visite de soins ambulatoires	32,0	*6*	*33,0*	*6*
Dépenses de fonctionnement par visite de soins ambulatoires	31,0	7	30,0	12
Coût lit-jour à l'hôpital	30,0	8	29,5	13
Coût par admission à l'hôpital	30,0	8	29,5	13
Pourcentage de visites ambulatoires obtenues auprès du secteur privé	28,0	10	26,0	16
Lits d'hôpitaux privés en pourcentage du total	34,0	4	32,0	8
Dépenses de personnel en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement	37,0	2	38,5	1
Dépenses pour les médicaments et les fournitures en pourcentage du total des dépenses sanitaires de fonctionnement	37,0	2	38,5	1
Nombre d'infirmières par médecin	37,0	4	36,0	2
Nombre d'infirmières par lit d'hôpital	33,0	5	34,0	5

Tableau 3-2 (suite)

Sommes non pondérées et pondérées[1] et classement des notes individuelles pour les critères, à partir du Tableau 3-1

[1]Les coefficients de pondération sont les suivants: Validité (3,0), Précision (0,5), Fiabilité (0,5), Promptitude (0,5), Comparabilité (0,5), Applicabilité (0,5), Interprétabilité (0,5) et Coût (2,0).

[1]Les coefficients de pondération sont les suivants: Validité (2,0), Précision (0,5), Fiabilité (0,5), Promptitude (0,5), Comparabilité (0,5), Applicabilité (0,5), Interprétabilité (0,5) et Coût (0,5).

	Somme non pondérée	Classement somme non pondérée	Somme pondérée[1]	Classement somme pondérée
Nombre de médecins par lit d'hôpital	33,0	5	34,0	5
Ratio du salaire moyen d'un agent de santé de l'Etat ayant un niveau donné d'expérience par le revenu d'un agent équivalent dans le secteur sanitaire public	30,0	8	29,5	13
Les salaires des agents de santé de l'Etat sont payés en temps voulu (oui/non)	25,0	12	26,0	16
Il existe des mesures d'incitation convenables pour récompenser le personnel sanitaire du secteur public pour sa performance (oui/non)	28,0	10	30,0	
Les agents de santé de l'Etat ont le droit d'exercer dans le privé (oui/non)	28,0	10	26,5	15
Dépenses pour les médicaments génériques en pourcentage du total des dépenses pour les médicaments	29,0	9	30,5	11
Le système de santé de l'Etat utilise une liste de médicaments de base pour les achats (oui/non)	36,0	3	35,5	3
Pourcentage du budget de fonctionnement de l'Etat pour la santé qui est consacré aux services de santé publics	30,0	8	32,5	7
Dépenses pour les soins de santé primaires en pourcentage des dépenses de fonctionnement	27,0	11	28,5	14
Des tarifs sont appliqués dans tous les établissements (oui/non)	37,0	2	36,0	2
Les niveaux des tarifs encouragent l'efficacité (oui/non)	33,0	5	35,0	4

Tableau 3-2 (suite)

Sommes non pondérées et pondérées[1] et classement des notes individuelles pour les critères, à partir du Tableau 3-1

	Somme non pondérée	Classement somme non pondérée	Somme pondérée[1]	Classement somme pondérée
Le système d'orientation fonctionne efficacement (oui/non)	33,0	5	35,0	4
Durée moyenne des séjours hospitaliers	34,0	4	32,0	8
Taux d'occupation des lits d'hôpitaux	34,0	4	32,0	8
Pourcentage des personnes assurées qui sont inscrites dans des plans qui utilisent des tickets modérateurs et des franchises, des réseaux de soins coordonnés, ou des plans soumis à une budgétisation générale	31,0	7	31,5	9

[1]Les coefficients de pondération sont les suivants: Validité (3,0), Précision (0,5), Fiabilité (0,5), Promptitude (0,5), Comparabilité (0,5), Applicabilité (0,5), Interprétabilité (0,5) et Coût (2,0).

Bibliographie

Abt Associates Inc. 1995. *Partnerships for Health Reform: Strategy Statement*. Bethesda, MD (USA): Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé, Abt Associates Inc.

Banque mondiale. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health.* Washington, DC (USA): Banque mondiale.

Berman, Peter (dir. de pub.) 1995. *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable.* Harvard Series on Population and International Health. Boston, MA (USA): Harvard University Press.

Bertrand, Jane. 1995. *Data on Services: Experience in the Population Field*. Document préparé pour l'Atelier sur les priorités en matière de collecte de données pour l'information démographique et sanitaire dans les pays en développement, Comité sur la population, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (USA) (14-15 septembre 1995).

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani et James C. Knowles. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC (USA): The EVALUATION Project.

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani et Naomi Rutenberg. 1996. *Evaluating Family Planning Programs, with Adaptions for Reproductive Health*. Chapel Hill, NC (USA): The EVALUATION Project.

Bertrand, Jane T. et Amy Tsui (dir. de publ.). 1995. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation.* Chapel Hill, NC (USA): The EVALUATION Project.

Black, Robert E. 1995. *Data for Program Evaluation: Performance and Impact*. Document préparé pour l'Atelier sur les priorités en matière de collecte de données pour l'information démographique et sanitaire dans les pays en développement, Comité sur la population, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (USA) (14-15 septembre 1995).

Borus, Michael E., C. Gregory Buntz et William R. Tash. 1982. *Evaluating the Impact of Health Programs: A Primer*. Cambridge, MA (USA): Massachusetts Institute of Technology Press.

Bossert, Thomas, Peter Berman et Christine Costello. 1995. Health Sector Reform in the Americas: Data-Based Indicators. Projet de document. Boston, MA (USA): Projet des données pour la prise de décisions, Harvard University School of Public Health.

Bruce, Judith. 1990. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21(2):61–91.

Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, MI (USA): Health Administration Press.

Dunlop, David W. et Jo M. Martins (dir. de pub.). 1995. *An International Assessment of Health Care Financing.* EDI Seminar Series. Washington, DC (USA): Institut du développement économique de la Banque mondiale.

Gaumer, Gary. 1996. A Framework and Process for Establishing Indicators of Health Sector Reforms. Projet de document. Bethesda, MD (USA): Projet Partenariats pour la Réforme de la Santé, Abt Associates Inc.

Hammer, Jeffrey et Peter Berman. 1995. Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries, *in* P. Berman, dir. de pub., *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Cambridge, MA (USA): Harvard University Press.

The Johns Hopkins University. 1995. *Instrument for Assessing Child Survival Intervention Programs*. Baltimore, MD (USA): The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.

Kenney, Genevieve M. 1993. *Assessing Legal and Regulatory Reform in Family Planning*: *Manual on Legal and Regulatory Reform*. Washington, DC (USA): Projet des options pour la réforme des politiques, The Futures Group.

Leighton, Charlotte. 1996. Strategies for Achieving Health Financing Reform in Africa. *World Development* 24(9):1511–1525.

New England Hedis Coalition. 1996. *1994 Performance Profile*. Boston, MA (USA): New England Hedis Coalition c/o John Hancock Mutual Life Insurance Company.

Organisation mondiale de la santé. 1981. *Health Programme Evaluation: Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development.* Genève (Suisse): Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. *Indicators to Monitor Maternal Health Goals*. Compte rendu d'un groupe de travail technique. Genève (Suisse): Organisation mondiale de la santé.

POPTECH. 1995. Family Planning Program Financial Sustainability Assessment Tool. Projet de document. Arlington, VA (USA): Projet POPTECH.

Projet BASICS. 1996. Core Indicators for Child Health and Nutrition Interventions. Projet de document. Arlington, VA (USA): Projet BASICS.

Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique. 1996. *Population and Health Indicators*: *A Tool for Results Framework.* Washington, DC (USA): Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique, Bureau pour l'Afrique, Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Projet de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques et Projet pour la pérennité de la santé et de la nutrition en Amérique latine et dans les Caraïbes. 1994. *Pharmaceutical Indicators: A Methodology for Rapidly Assessing Key Aspects of Drug Performance.* Arlington, VA (USA): Management Sciences for Health.

Reinke, William A. 1988. *Health Planning for Effective Management*. New York (USA): Oxford University Press.

Robertson, Robert L. 1991. *Health Care Financing Indicators*. Washington, DC (USA): Projet pour la pérennité de la santé et de la nutrition en Amérique latine et dans les Caraïbes, ISTI/URC.

Setzer, James C. et Sujata Ram. 1997. *Indicators of Health Policy Reform in Less Developed Countries. Partnerships for Health Reform Project*. Atlanta, GA (USA): Rollins School of Public Health, Emory University.

Stinson, Wayne. 1995. *Data for Quality Management*. Document préparé pour l'Atelier sur les priorités en matière de collecte de données pour l'information démographique et sanitaire dans les pays en développement, Comité sur la population, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (USA) (14-15 september 1995).

Agence des Etats-Unis pour le développement international. 1995. Strategic Plan: Center for Population, Health and Nutrition. Projet de document (29 mars 1995). Washington, DC (USA): Office des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche, Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Agence des Etats-Unis pour le développement international. 1989. *A.I.D. Evaluation Handbook*. A.I.D. Program Design and Evaluation Methodology Report No. 7. Washington, DC (USA): Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Veney, James E. et Arnold D. Kaluzny. 1991. *Evaluation and Decision Making for Health Services.* Deuxième édition. Ann Arbor, MI (USA): Health Administration Press.

Walt, G. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power.* Johannesburg (Afrique du Sud): Witwatersrand University Press.

Wouters, Annemarie. 1994. *Quality and Costs in Health Care Service Delivery for Developing Countries.* Bethesda, MD: Projet d'assurance de la qualité, University Research Corporation.