

CHAPITRE DEUX

La performance des services de santé est-elle bonne ?

L'amélioration de la santé est incontestablement le premier objectif d'un système de santé, mais en raison du coût parfois catastrophique des soins et de leur imprévisibilité, il importe de mettre en place des mécanismes garantissant la répartition des risques et une protection financière. Dès lors, le deuxième objectif d'un système de santé doit être l'équité de la contribution financière. Un troisième objectif : la capacité de répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que celui de la santé reflète la nécessité de respecter la dignité et la liberté des personnes ainsi que la confidentialité de l'information. L'OMS s'est lancée dans une vaste opération de collecte et d'analyse de données pour évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé des Etats Membres de l'OMS atteignent ces objectifs, ce dont ils doivent être tenus de rendre compte, et utilisent efficacement leurs ressources à cette fin. En mettant l'accent sur un petit nombre de fonctions universelles exercées par les systèmes de santé, le présent rapport propose aux responsables des éléments d'appréciation pour les aider à améliorer la performance des systèmes de santé.

2

LA PERFORMANCE DES SERVICES DE SANTÉ EST-ELLE BONNE ?

RÉSULTATS ET PERFORMANCE

Déterminer si un système de santé fait ce que l'on attend de lui oblige à se poser deux grandes questions : comment mesure-t-on les résultats intéressants pour déterminer ce qui est fait à l'égard des trois objectifs : amélioration de la santé, réactivité et équité de la contribution financière (*réalisation des objectifs*) et comment les compare-t-on à ce que le système *devrait* être capable d'accomplir, c'est-à-dire aux meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (*performance*) ? Si l'on peut progresser dans la lutte contre de nombreux problèmes de santé publique, certaines de leurs causes se situent entièrement en dehors du système de santé, même dans son acception la plus large. En effet, celui-ci ne peut être tenu pour responsable de facteurs tels que la distribution des revenus et des richesses, ni de l'influence du climat. En revanche, on peut à juste titre lui imputer les décès et maladies évitables associés aux accouchements, à la rougeole, au paludisme ou à la consommation de tabac. Pour se faire une idée assez précise des problèmes de santé qui pourraient être évités, il convient d'estimer les meilleurs résultats que l'on peut espérer d'un système et le minimum que l'on peut en exiger. Il en va de même de la réalisation des deux autres objectifs, mais on possède beaucoup moins de données à leur sujet (1).

OBJECTIFS ET FONCTIONS

Il va de soi que l'amélioration de la santé est non seulement la raison d'être d'un système de santé, mais aussi son objectif premier ou fondamental. En effet, si les systèmes de santé ne faisaient rien pour protéger ou améliorer la santé, ils n'auraient aucune raison d'exister. D'autres systèmes mis en place par la société peuvent contribuer dans une large mesure à améliorer la santé de la population, mais ce n'est pas leur objectif principal. Ainsi, le système d'éducation apporte une importante contribution au développement de la santé, mais son objectif fondamental est l'enseignement. A l'inverse, des enfants en bonne santé sont mieux en mesure d'apprendre, mais tel n'est pas non plus l'objectif essentiel du système de santé. En revanche, l'objectif d'un financement équitable est commun à tout système sociétal. Cela est évident pour les systèmes pris en charge par la société, mais reste vrai pour ceux où tout est payé au moment de l'achat. Seul le concept d'équité peut varier. Le principe selon lequel « on doit recevoir ce que l'on a payé » est généralement considéré comme équitable dans une transaction commerciale, mais il le paraît beaucoup moins dès lors qu'il s'agit des services de santé. De même, les gens ont, dans tout système, des atten-

tes que la société considère comme légitimes en ce qui concerne la façon dont ils devraient être traités, tant physiquement que psychologiquement. La réactivité du système est par conséquent toujours un objectif social. Pour prendre l'exemple du système éducatif, l'équité du financement implique un juste équilibre entre les contributions des ménages qui ont des enfants scolarisés et celles des ménages qui n'en ont pas, et un subventionnement suffisant pour éviter que les enfants pauvres ne soient empêchés d'aller à l'école pour des raisons financières. La réactivité suppose que l'on respecte les vœux des parents concernant leurs enfants et que l'on évite de maltraiter ou d'humilier les élèves.

Le système de santé diffère des autres systèmes sociaux, tels que celui de l'éducation, et des marchés de la plupart des biens de consommation et des services sur deux points qui confèrent une importance particulière aux objectifs de l'équité du financement et de la réactivité. Le premier est le fait que le coût des soins de santé peut être catastrophique. Les soins nécessaires sont bien souvent imprévisibles, et c'est pourquoi il est indispensable que les gens ne soient pas obligés de choisir entre des dépenses ruineuses et la perte de leur santé. Les mécanismes de répartition des risques et de protection financière sont alors plus importants que dans toutes les autres circonstances où l'on contracte une assurance, par exemple pour protéger des biens comme des habitations ou des véhicules ou mettre les siens à l'abri du besoin en cas de décès prématuré du soutien de famille. L'autre particularité de la santé est que, plus que la plupart des autres événements auxquels les gens sont exposés, la maladie elle-même ainsi que les soins médicaux peuvent porter atteinte à leur dignité et limiter leur capacité de maîtriser ce qui leur arrive. La réactivité est, notamment, la capacité de limiter les atteintes à la dignité et à l'autonomie de l'individu, ainsi que les craintes et la honte qui sont souvent associées à la maladie.

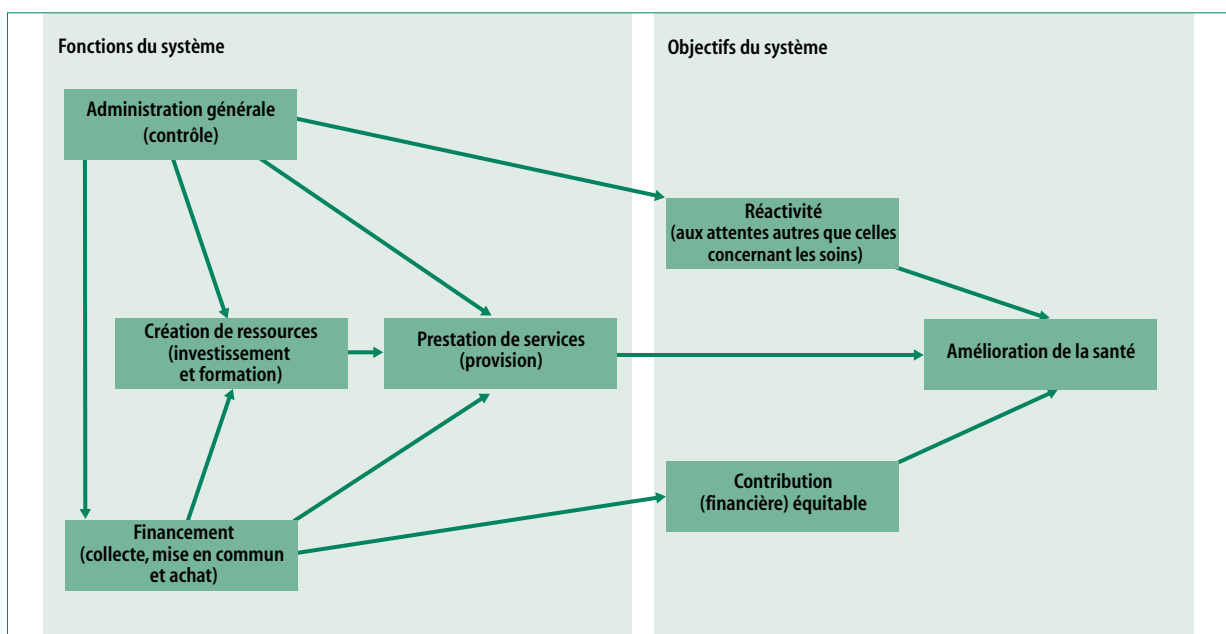
On exige souvent des systèmes qu'ils soient abordables, équitables, accessibles, durables et d'une haute qualité, et parfois qu'ils répondent à de nombreuses autres conditions. Cependant, des aspects tels que l'accessibilité sont en réalité des moyens de parvenir à une fin, des objectifs intermédiaires et non le but ultime. En effet, plus un système est accessible et plus les gens devraient être nombreux à l'utiliser pour améliorer leur santé. En revanche, les objectifs santé, financement équitable et réactivité ont tous une valeur intrinsèque. Le fait de progresser dans la réalisation d'un objectif ou d'une combinaison d'objectifs sans régresser dans la réalisation d'un autre objectif représente une amélioration. Si l'on peut mesurer le degré de réalisation de ces objectifs, les objectifs intermédiaires tels que l'accessibilité cessent d'être nécessaires pour mesurer indirectement la performance globale, et servent simplement à expliquer les bons ou les mauvais résultats.

Il est certain qu'une répartition plus équitable du financement peut contribuer à améliorer la santé, en diminuant le risque que des gens ayant besoin de soins y renoncent pour des raisons financières ou se ruinent en les payant, ce qui les expose à de nouveaux problèmes de santé. En outre, un système qui répond mieux aux désirs et aux attentes de la population peut aussi contribuer à l'amélioration de la santé, car les patients potentiels sont davantage incités à faire appel aux services de santé s'ils pensent qu'ils seront bien traités. Par conséquent, ces deux objectifs sont à certains égards intermédiaires du fait qu'ils favorisent l'amélioration de l'état de santé, mais, si tel n'était pas le cas, ils n'en demeureraient pas moins utiles. En effet, un financement équitable du système de santé est une bonne chose en soi, de même que la garantie d'une prise en charge rapide, du respect de la dignité et des vœux des patients, et d'un soutien physique et affectif adéquat pendant la durée du traitement. Ces trois objectifs peuvent être dissociés, ainsi qu'en témoigne souvent le mécontentement des gens à l'égard d'un système dont les résultats sanitaires sont satisfaisants.

Pour comparer les performances des systèmes de santé, il faut examiner ce qu'ils réalisent et ce qu'ils *font* (comment ils s'acquittent de certaines *fonctions*) pour obtenir des résultats (2). Ces fonctions peuvent être classées en catégories et rapportées aux objectifs du système de bien des façons différentes. Par exemple, l'initiative « Santé publique dans les Amériques » de l'Organisation panaméricaine de la Santé décrit 12 « fonctions essentielles » qui sont subdivisées chacune en trois à six sous-fonctions (3). Bon nombre de ces fonctions relèvent de l'administration générale, sur laquelle le rapport met l'accent, et d'autres de la prestation de services et de la production de ressources. Les quatre fonctions décrites dans le présent chapitre regroupent ces 12 fonctions et d'autres activités plus détaillées. La Figure 2.1 montre comment ces fonctions – la prestation de services de santé individuels et collectifs, la collecte, la mise en commun et l'affectation des recettes en vue de l'achat de ces services, les investissements dans les ressources humaines, les bâtiments et le matériel, et l'administration générale des ressources et des mandats confiés aux systèmes de santé, pour répondre aux attentes des gens – sont liées entre elles ainsi qu'avec les objectifs du système. L'administration générale occupe une place particulière du fait qu'elle englobe la supervision de toutes les autres fonctions et exerce des effets directs ou indirects sur tous les résultats. En comparant la manière dont ces fonctions sont effectivement exécutées, on dispose d'une base pour mieux comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays. Les quatre prochains chapitres passent en revue certains aspects de ces fonctions et expliquent dans quelle mesure elles exercent une influence sur l'aptitude des différents systèmes de santé à atteindre leurs objectifs fondamentaux.

Pour la plupart des gens, le système de santé n'est que l'ensemble des prestataires et des organisations qui dispensent des services médicaux individuels. Selon une définition plus large, il ne se résume pas aux personnes et organisations qui fournissent des soins médicaux : on dira plutôt que celles-ci exercent l'une de ses principales fonctions et collaborent, de façon plus ou moins appropriée, à la réalisation des autres : financement, investissements et administration générale. La question de savoir à qui incombe chaque fonction est l'un des points essentiels traités dans les chapitres suivants.

Figure 2.1 Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé



On évoque souvent les efforts déployés pour améliorer la santé en utilisant un langage militaire : on parle de « combat » contre le paludisme ou le SIDA, de « campagne » de vaccination, de « victoire » sur la variole, de population ou de zone géographique « libérée » d'une maladie, de la « course aux armements » permanente entre les agents pathogènes et les chercheurs mettant au point de nouveaux médicaments, ou de l'espoir d'une « arme miraculeuse » contre le cancer ou le diabète. Dans cette optique, les prestataires de services de santé – individuels, communautaires ou axés sur l'environnement – peuvent être considérés comme des combattants du front qui défendent la société contre la maladie. Cependant, à l'instar d'une armée, le système de santé doit, s'il veut remporter des victoires, être beaucoup plus que simplement des troupes sur le terrain. Il doit avoir derrière lui tout un dispositif lui permettant de s'assurer que les combattants possèdent la formation, les renseignements, le financement et l'équipement nécessaires, et qu'ils sont convenablement motivés et dirigés. D'autre part, il est essentiel que le système de santé traite de façon décente la population qu'il est censé protéger, qu'il apprenne aux « civils » à se défendre eux-mêmes ainsi que leurs familles, et qu'il répartisse équitablement la charge du financement de la guerre.

Si ces fonctions ne sont pas correctement exécutées, la puissance de feu sera beaucoup moins efficace qu'elle ne le devrait et les pertes seront plus lourdes. En mettant l'accent, dans le présent rapport, sur les résultats d'ensemble et sur des activités éloignées de la ligne de front, on ne cherche aucunement à nier l'importance de la lutte contre la maladie. L'idée est de prendre du recul pour examiner ce que le système, dans son ensemble, cherche à faire et dans quelle mesure il y parvient. Le succès d'un système de santé suppose, notamment, une lutte plus efficace contre la maladie grâce à une meilleure performance.

QUALITÉ ET ÉQUITÉ : LE NIVEAU DE SANTÉ ET SA DISTRIBUTION SONT ÉGALEMENT IMPORTANTS

Un bon système de santé est avant tout celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé. Toutefois, il ne suffit pas toujours de maintenir ou d'améliorer le niveau moyen de santé d'une population si, dans le même temps, les inégalités s'aggravent ou demeurent importantes parce que les progrès obtenus profitent surtout à des personnes déjà en bonne santé. Le système de santé a aussi pour mission d'essayer d'atténuer les inégalités en améliorant préférentiellement la santé des moins bien portants, lorsque la situation est justiciable d'une intervention. L'objectif de la bonne santé est en fait double et se décompose comme suit : la *qualité*, qui est le meilleur niveau moyen réalisable, et l'*équité*, qui est la plus faible différence possible entre individus et entre groupes. Tout progrès réalisé dans l'une ou l'autre de ces directions, exclusivement, constitue une amélioration, mais risque de créer un conflit entre les deux exigences. Le raisonnement est à peu près le même que pour la distribution des revenus dans une population. Il est souhaitable d'élever le niveau moyen, de réduire les inégalités, voire les deux, et parfois d'apprécier l'intérêt relatif de chacun des deux objectifs (à cette différence près qu'il serait inadmissible de priver qui que ce soit d'une partie de sa santé car, contrairement aux revenus ou autres biens matériels, celle-ci ne peut pas être directement redistribuée).

La distinction entre le niveau général et sa répartition dans la population vaut également pour la réactivité. Dans ce contexte, la qualité signifie que le système répond bien en moyenne aux attentes de la population dans des domaines autres que la santé. L'équité suppose que le système satisfait tout le monde et qu'il n'existe pas de discriminations ni de différences dans le traitement accordé à chacun. La distribution de la réactivité est tout

aussi importante que la distribution de la santé. Toutes deux ont une importance intrinsèque.

Contrairement aux objectifs de la bonne santé et de la réactivité, aucune idée générale de qualité ne s'attache au financement. Il existe, certes, des méthodes bonnes ou mauvaises de se procurer des ressources pour un système de santé, mais elles sont plus ou moins bonnes dans la mesure surtout où elles assurent une répartition équitable de la charge financière. Un financement équitable, comme son nom l'indique, ne concerne que la distribution. Il n'a rien à voir avec le coût total des ressources ni avec la façon dont les fonds sont utilisés. S'il est indiscutablement préférable d'améliorer la santé ou d'élever le niveau de réactivité, il n'est pas toujours souhaitable d'augmenter les dépenses de santé car, à des niveaux de dépenses élevés, l'injection de ressources additionnelles risque de ne se traduire que par des gains sanitaires insignifiants. Le système n'a pas pour objectif d'atteindre un certain montant global de dépenses, que ce soit en valeur absolue ou relativement au revenu. En effet, quel que soit le niveau de dépenses, les ressources consacrées à la santé pourraient être utilisées à d'autres fins et les montants qu'il convient de consacrer au système de santé dépendent d'un choix social et non d'une loi économique. Cependant, il existe probablement un niveau minimum de dépenses qui permet de fournir à toute une population un petit nombre de services particulièrement rentables et, dans bon nombre de pays pauvres, ce minimum n'est même pas atteint (4).

Dans les pays où le financement de la santé est surtout privé et s'effectue essentiellement par des paiements directs, ce choix n'est pas fait globalement, mais résulte plutôt de millions de décisions individuelles. A mesure que la place du prépaiement augmente, les décisions sont moins fragmentées et à plus grande échelle, car les dépenses sont de plus en plus régies par les politiques et les budgets d'organismes publics et de caisses d'assurance. Les décisions relatives au budget de l'Etat ont les plus grandes répercussions dans les pays à haut revenu où la majeure partie du financement est contrôlée par le gouvernement ou en son nom, mais dans tous les pays, elles ont un rôle essentiel. Le budget peut être fixé directement, mais pas les résultats sanitaires ni la réactivité.

MESURER LA RÉALISATION DES OBJECTIFS

Pour évaluer un système de santé, il faut mesurer cinq indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière. Pour chacun d'eux, l'OMS s'est servie de sources existantes ou de données nouvelles pour calculer des mesures de la réalisation de ces objectifs par les pays où de telles données sont disponibles. Ces données ont aussi servi à évaluer des valeurs lorsque certains chiffres étaient jugés peu fiables, et à estimer la réalisation des objectifs et la performance pour tous les autres Etats Membres. Plusieurs de ces mesures sont originales et expliquées en détail dans l'annexe où figurent toutes les estimations ainsi que les intervalles exprimant l'incertitude ou le degré de confiance de chaque estimation. On estime que la valeur correcte de tout indicateur a 80 % de chances de se situer à l'intérieur de l'intervalle d'incertitude, 10 % d'être au-dessous de la valeur basse et 10 % d'être au-dessus de la valeur haute. Cette marge d'inexactitude rend nécessaire la collecte de données plus nombreuses et plus fiables sur tous les indicateurs de base de la santé de la population, de la réactivité et de l'équité de la contribution financière, tâche qui incombe en permanence à l'OMS.

Les progrès enregistrés à l'égard de chaque objectif servent à classer les pays, au même titre que les mesures globales des réalisations et de la performance décrites ci-après. Etant

donné qu'un pays ou système de santé donnés peuvent être classés très différemment pour les divers accomplissements, le Tableau 1 de l'annexe présente le classement complet de chaque pays pour l'ensemble des mesures. Dans plusieurs des autres tableaux suivants, les Etats Membres sont classés d'après leurs réalisations ou leur performance, et ce critère varie d'un tableau à l'autre. Le classement reposant sur des estimations qui comportent une marge d'incertitude, celle-ci s'applique aussi au rang attribué à chaque pays. En effet, un système de santé n'occupe pas toujours une place déterminée par rapport à tous les autres, mais se situe dans un intervalle plus ou moins large, selon les incertitudes du calcul. Il arrive donc que deux pays ou davantage aient un même rang.

La *santé* est l'objectif essentiel d'un système de santé, qui doit tendre à maintenir l'état de santé de toute la population à un niveau aussi élevé que possible à tous les stades du cycle vital, compte tenu des décès et incapacités prématurés. Le Tableau 2 de l'annexe présente trois mesures classiques et partielles de l'état de santé, par pays, sans classement : il s'agit de la probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans ou entre 15 et 59 ans, et de l'espérance de vie à la naissance. Pour la première fois, ces mesures comportent des estimations de l'incertitude qui sont reportées dans les calculs ultérieurs. Sur la base des chiffres de la mortalité, on a établi cinq strates qui vont d'une faible mortalité chez l'enfant et l'adulte à une forte mortalité chez l'enfant et à une très forte mortalité chez l'adulte. En associant ces strates aux six Régions OMS, on obtient 14 sous-régions géographiquement et épidémiologiquement bien définies. (Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.) Le Tableau 3 de l'annexe présente des estimations de la mortalité par cause et par sexe en 1998 pour chacune de ces sous-régions (et non par pays), et le Tableau 4 de l'annexe combine ces taux de mortalité avec des données sur les incapacités pour obtenir des estimations d'une mesure unique de l'état de santé général de la population : la charge de morbidité, c'est-à-dire le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues.

Afin d'évaluer l'état de santé général de la population et ainsi, d'apprécier dans quelle mesure l'objectif d'une bonne santé a été atteint, l'OMS a eu recours à l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), qui présente l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie estimée à partir de la seule mortalité et qui se prête aisément à des comparaisons entre populations. Le Tableau 5 de l'annexe présente des estimations de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité pour tous les pays. On considère que l'EVCI est supérieure à 70 ans dans 24 pays et égale à 60 ans ou davantage dans plus de la moitié des Etats Membres de l'OMS ; à l'autre extrême, 32 pays ont une espérance de vie corrigée de l'incapacité inférieure à 40 ans – ce sont surtout des pays durement frappés par des épidémies, notamment celle de VIH/SIDA. L'Encadré 2.1 décrit comment ces mesures sommaires de la santé de la population ont été obtenues et comment elles sont reliées entre elles.

La Figure 2.2 donne une représentation schématique du rapport entre l'EVCI et l'espérance de vie non corrigée pour chacune des 14 sous-régions, tant chez les hommes que chez les femmes. La correction donne des résultats à peu près uniformes, soit environ 7 ans d'équivalent de vie en bonne santé perdus du fait d'une incapacité. En valeur absolue et relative, cette perte est légèrement inférieure dans les sous-régions riches à faible mortalité, bien que les gens y vivent plus longtemps et soient par conséquent davantage exposés à des incapacités non mortelles. L'influence des incapacités est tout à fait notable dans les pays pauvres où les enfants et les jeunes adultes sont victimes de traumatismes, atteints de cécité ou de paralysie et souffrent des effets invalidants de plusieurs maladies tropicales comme le paludisme et la schistosomiase. Par conséquent, si l'on dissocie dans l'espérance de vie les années vécues en bonne santé et les années vécues avec une incapacité, on fait

encore mieux ressortir l'écart entre l'état de santé des riches et celui des pauvres, lequel se reflète particulièrement dans la part de l'espérance de vie perdue du fait d'une incapacité : inférieure à 9 % dans les sous-régions où le niveau de santé est le plus élevé, elle est supérieure à 14 % dans celles où ce niveau est le plus bas. Le Tableau 5 de l'annexe indique ces proportions pour certains pays entre lesquels ces différences sont encore plus importantes.

Le Tableau 5 de l'annexe présente aussi des estimations de l'inégalité en matière de santé. Les mesures de la répartition de la santé vont de 1 pour une égalité parfaite à zéro pour une situation d'extrême inégalité dans laquelle une fraction de la population a une espérance de vie de 100 ans et le reste aucune chance de survie au-delà de la petite enfance. *Si tous les membres de la population avaient la même espérance de vie corrigée de l'incapacité, le système serait parfaitement équitable en matière de santé, alors qu'en réalité les gens mourraient à des âges différents.* Pour un petit nombre de pays, la distribution de l'espérance de vie dans l'ensemble de la population a pu être estimée à partir de données sur la mortalité chez l'enfant et l'adulte ; ces résultats sont présentés ci-après. Pour la plupart, toutefois, seuls les chiffres de la mortalité infantile ont pu être utilisés jusqu'ici. La mortalité infantile ayant été quasiment éliminée dans les pays à haut revenu, les pays occupant le rang le plus élevé dans le Tableau 5 de l'annexe ont presque tous un revenu relativement élevé et la plupart sont en Europe. Quelques pays d'Amérique latine qui ont beaucoup progressé dans la lutte

Encadré 2.1 Mesures synthétiques de la santé d'une population

Aucune mesure ne rend parfaitement compte de la santé d'une population et aucun mode d'estimation ne répond à tous les critères souhaitables. Les deux principaux sont la charge de morbidité, qui détermine les pertes de bonne santé par rapport à une longue vie exempte d'incapacités, et une mesure de l'espérance de vie corrigée pour tenir compte du temps passé avec une incapacité. Ces deux mesures synthétiques de la santé utilisent la même information sur la mortalité et l'incapacité, et les deux sont en rapport avec une courbe de survie telle que le trait gras qui sépare les zones *Incapacité* et *Mortalité* sur la figure.

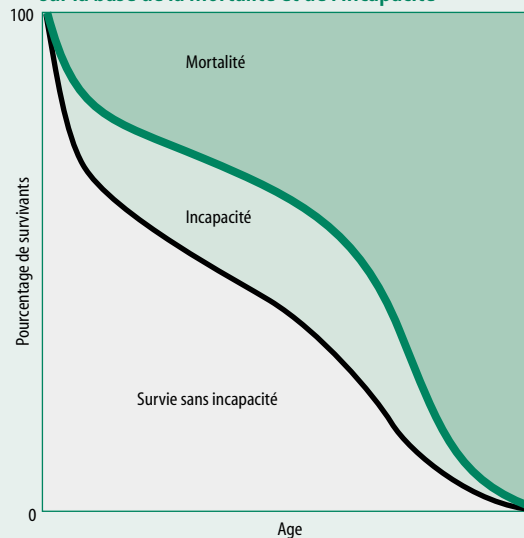
La zone *Mortalité* représente les pertes dues aux décès par rapport à un haut niveau d'espérance de vie : la charge de morbidité correspond à la totalité de cette zone augmentée d'une fraction de la zone correspondant au temps passé avec une incapacité. L'importance de cette fraction dépend du degré d'incapacité attribué à chacun des états situés entre le décès et une parfaite santé. L'espérance de vie sans correction correspond à l'ensemble des deux zones *Survie sans incapacité* et *Incapacité*, c'est-à-dire à toute la zone située au-dessous de la courbe de survie. L'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) correspond alors à la zone survie complétée par une partie de la zone incapacité.

On évalue l'EVCI à partir de trois types de données : la partie de la population sur-

vivante à chaque âge, calculée d'après les taux de naissance et de décès ; la prévalence de chaque type d'incapacité à chaque âge ; et le coefficient de pondération assigné à chaque type d'incapacité, qui peut varier ou non selon l'âge. La survie à chaque âge est corrigée vers le bas par la somme de tous les effets des incapacités, dont chacun est le produit d'un coefficient de pondération et du complément d'une prévalence (proportion de la population qui ne souffre pas de cette incapacité). Ces proportions de survivants ainsi corrigées sont alors divisées par la population initiale, avant la survenue de tout décès, pour obtenir le nombre moyen d'équivalents d'années de vie en bonne santé qu'un membre nouveau-né de la population peut s'attendre à vivre.

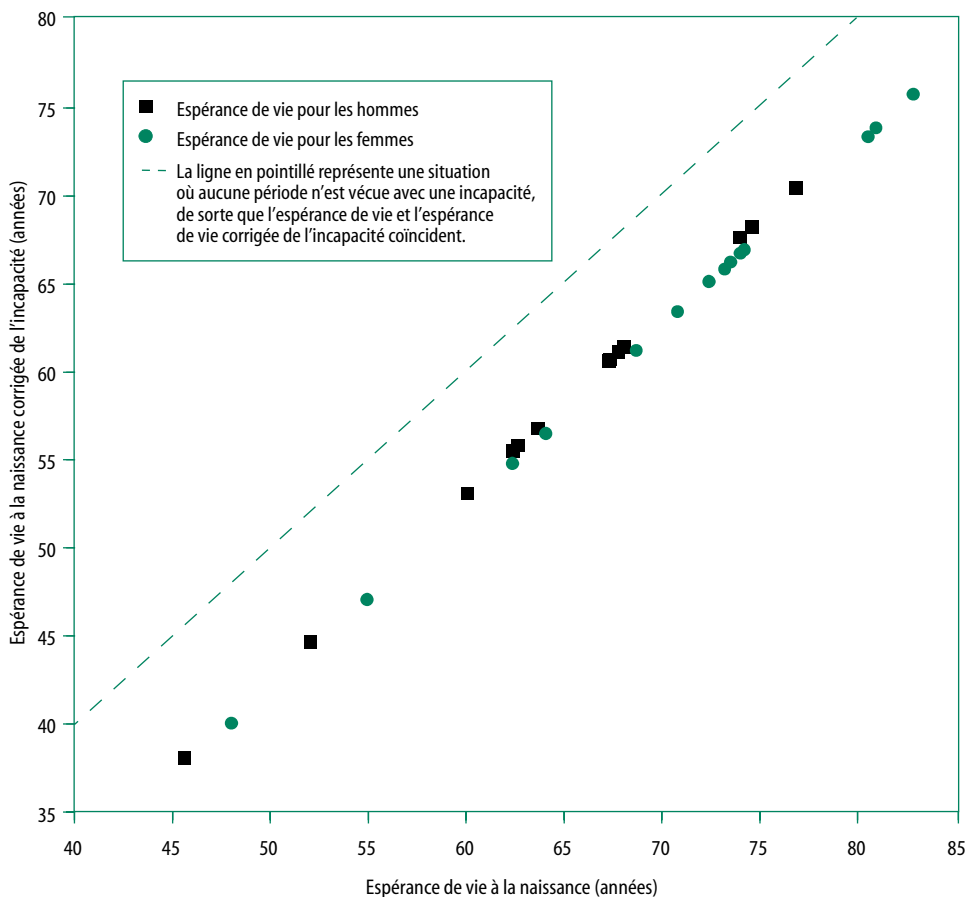
Une importante différence entre l'estimation de la charge de morbidité basée sur les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et celle qui utilise les EVCI réside dans le fait que la première permet de distinguer la part de chaque maladie dans le résultat global alors que l'autre ne le permet pas. L'EVCI a l'avantage de ne pas nécessiter autant de choix de paramètres pour son calcul et elle est directement comparable à la notion plus familière d'espérance de vie sans correction.

Mesure synthétique de la santé d'une population sur la base de la mortalité et de l'incapacité



contre la mortalité infantile sont aussi parvenus à un haut degré d'égalité en matière de santé. A l'exception de l'Afghanistan et du Pakistan, tous les pays les moins bien placés sur le plan de l'égalité en matière de santé des enfants se trouvent en Afrique subsaharienne, où la mortalité infantile est encore relativement élevée. Lorsque l'on disposera de données

Figure 2.2 Espérance de vie et espérance de vie corrigée de l'incapacité pour les hommes et les femmes par Région OMS et par strate définie en fonction de la mortalité de l'enfant et de l'adulte, 1999



Région OMS	Strate de mortalité		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Enfants	Adultes	Espérance de vie	Corrigée de l'incapacité	Espérance de vie	Corrigée de l'incapacité
AFR	Forte	Forte	52,0	44,6	54,9	47,0
	Forte	Très forte	45,6	38,0	48,0	40,0
AMR	Très faible	Très faible	73,9	67,5	80,4	73,2
	Faible	Faible	67,3	60,6	74,1	66,8
EMR	Forte	Forte	63,6	56,7	68,6	61,1
	Faible	Faible	67,7	61,0	70,7	63,3
EUR	Forte	Forte	60,0	53,0	62,3	54,7
	Très faible	Très faible	74,5	68,1	80,8	73,7
SEAR	Faible	Faible	67,3	60,6	73,9	66,6
	Faible	Forte	62,3	55,4	73,4	66,1
WPR	Faible	Faible	67,2	60,5	73,1	65,7
	Forte	Forte	62,6	55,7	64,0	56,4
WPR	Très faible	Très faible	76,7	70,3	82,7	75,6
	Faible	Faible	68,0	61,3	72,3	65,0

plus complètes sur les inégalités de la mortalité chez l'adulte, l'OMS en tiendra compte dans ses estimations et ce classement sera modifié parce que les pays à haut revenu diffèrent davantage sur le plan de la mortalité des adultes que sur celui de la mortalité des enfants.

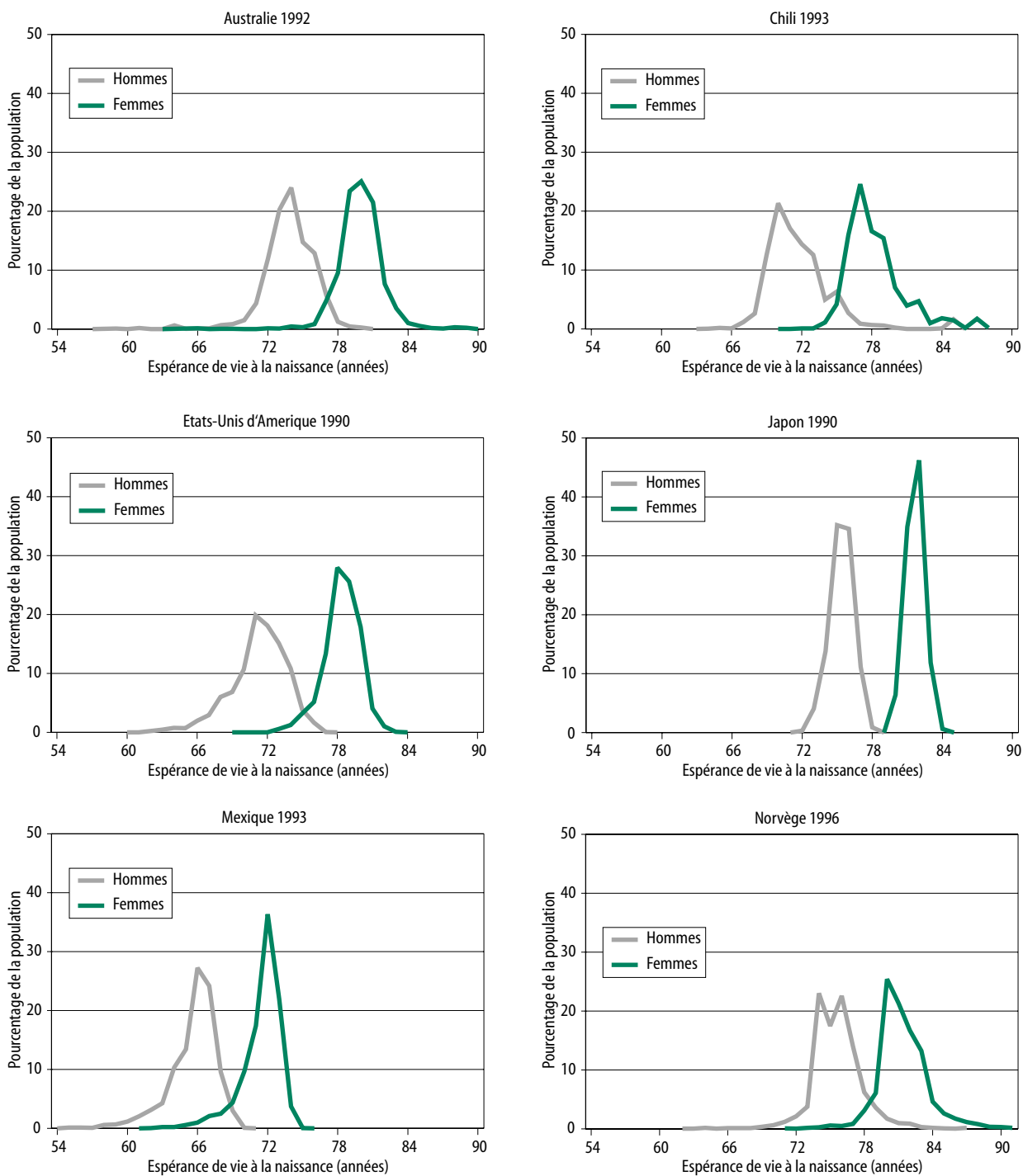
Les inégalités de l'espérance de vie persistent et sont étroitement liées à la catégorie socio-économique, y compris dans les pays où le niveau de santé moyen est satisfaisant (5). La Figure 2.3 illustre ces inégalités pour six pays, en montrant la distribution de l'espérance de vie à la naissance tant pour les hommes que pour les femmes au moyen de données sur la mortalité des adultes et sur la mortalité des enfants estimées à partir de nombreuses études à petite échelle couvrant l'ensemble de chaque pays. Le Japon est, parmi ces six pays, celui où la santé est le plus également répartie. Les distributions de l'espérance de vie (chez les hommes et les femmes) présentent des pics importants, puisqu'il n'y a qu'environ six ans entre les espérances de vie minimums et maximums de l'ensemble de la population de chaque sexe. Les inégalités sont beaucoup plus importantes au Mexique et aux États-Unis et, dans les deux cas, cela est dû au fait qu'une partie de la population a une espérance de vie beaucoup plus courte que le reste après l'âge de cinq ans. L'inégalité est particulièrement marquée chez les hommes. Au Chili, en revanche, on observe une très forte égalité de la santé des enfants. Le degré d'inégalité chez les adultes est à peu près le même qu'au Mexique et aux États-Unis, mais c'est parce qu'une partie de la population a une espérance de vie exceptionnellement longue. L'Australie et la Norvège présentent toutes deux des distributions plus symétriques. Ces résultats montrent que, pour juger des réalisations du système de santé, il importe de ne pas se fonder seulement sur des taux moyens ou globaux mais de chercher à déterminer si tous les individus ont à peu près la même espérance de vie.

La *réactivité* ne se mesure pas à la façon dont le système répond aux besoins de santé, qui apparaît dans les résultats obtenus sur le plan sanitaire, mais plutôt aux performances du système dans des domaines autres que la santé et à sa réactivité aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être traitée par les prestataires de soins préventifs, curatifs ou collectifs. (Cette dernière catégorie est la moins importante, car les patients n'ont, en général, aucun contact avec le personnel dans ce genre d'interventions. Cela dit, même des interventions de santé publique comme la lutte antivectorielle peuvent témoigner d'un plus ou moins grand respect à l'égard des gens et de leurs vœux. Évaluer la réactivité des prestataires de services collectifs est particulièrement délicat.)

Certains systèmes ont un degré de réactivité extrêmement bas. Le système de santé soviétique d'avant 1990 traitait les gens d'une manière tout à fait impersonnelle et inhumaine. Dans de nombreux pays, on se plaint fréquemment d'agents de santé du secteur public particulièrement grossiers et arrogants avec les patients (6,7). Dans les régions industrialisées, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes varient considérablement d'un pays à l'autre (8) et les ministères de la santé font l'objet de nombreuses critiques à ce sujet (9). En faisant de la réactivité un objectif intrinsèque des systèmes de santé, on reconnaît que ces derniers sont au service des gens dont on ne peut plus alors se contenter d'évaluer le degré de satisfaction à l'égard des seuls soins médicaux qu'ils reçoivent.

La notion générale de réactivité peut se décomposer de nombreuses manières. Une distinction fondamentale existe entre les aspects relatifs au respect de la personne, qui sont essentiellement subjectifs et jugés au premier chef par le patient, et des aspects plus objectifs qui se rapportent à la façon dont un système répond à certaines préoccupations fréquemment exprimées par les patients et leur famille en tant que clients du système de santé et que l'on peut parfois directement observer dans les établissements sanitaires. En

Figure 2.3 Inégalité de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, dans six pays



subdivisant ces deux catégories, on obtient sept éléments ou aspects distincts de la réactivité.

Le *respect des personnes* comprend :

- Le respect de la dignité de la personne. Un exemple extrême de non-respect de cette dignité serait, par exemple, la stérilisation des personnes atteintes d'une maladie génétique ou l'internement des gens atteints de maladies transmissibles, qui constitueraient une violation des droits fondamentaux de l'être humain. Plus généralement, cette règle consiste à ne pas humilier ou abaisser les patients.
- La confidentialité ou le droit pour le patient de décider qui peut accéder aux informations concernant sa propre santé.
- L'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui du traitement qui lui sera ou non administré.

L'*attention accordée au client* porte sur :

- La rapidité de la prise en charge : attention immédiate en cas d'urgence et délais raisonnables pour les cas non urgents.
- Un environnement de qualité satisfaisante : locaux propres et spacieux et bonne nourriture à l'hôpital.
- L'accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients (famille et amis).
- Le choix du prestataire, c'est-à-dire la possibilité de choisir la personne ou l'organisation dont on va recevoir les soins.

D'une manière générale, la réactivité favorise la santé en encourageant le recours aux soins de santé, mais ce n'est pas toujours le cas. En acquérant une plus grande autonomie, les gens peuvent renoncer à une intervention parce qu'ils jugent que les avantages qu'ils vont en tirer sont trop minces ou que le risque est trop élevé, et parce qu'ils ne se soucient guère de son intérêt pour la collectivité ou l'ensemble de la population. Ceci vaut en particulier pour la vaccination, surtout si l'on craint des effets indésirables. La liberté individuelle vis-à-vis de la vaccination est en contradiction avec la recherche d'une couverture élevée pour prévenir les épidémies, comme on l'a constaté par exemple au Royaume-Uni pour la vaccination anticoquelucheuse et en Grèce au sujet du vaccin contre la rubéole (10). La performance globale d'un système de santé peut par conséquent impliquer un certain choix entre les objectifs.

Un aspect aussi subjectif de la performance d'un système de santé que la réactivité sera jugé différemment selon que l'on s'attache à telle ou telle caractéristique du système ou selon les personnes interrogées. Etant donné que les pauvres sont généralement moins exigeants que les riches et se contentent plus facilement de services peu attentifs à leurs besoins, les mesures de la réactivité doivent tenir compte de ce décalage ainsi que des différences culturelles entre pays (11). Même sans un tel réajustement, une comparaison des opinions d'observateurs avertis sur les réalisations du système de santé peut mettre en évidence les aspects de la réactivité du système qui semblent lui permettre de satisfaire le mieux les usagers. Dans 35 pays, un réseau d'au moins 50 informateurs clés par pays a donné son opinion sur le niveau moyen des différents éléments de la réactivité et sur leurs différences. Une enquête effectuée auprès de plus d'un millier de personnes a par ailleurs permis de calculer des coefficients de pondération pour obtenir une note globale. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans l'Encadré 2.2. Les estimations concernant les autres Etats Membres sont tirées des 35 observations, corrigées des différences entre pays et groupes d'informateurs. Des sondages d'opinion et l'observation directe de la prestation des soins peuvent compléter ces appréciations.

La Figure 2.4 indique le détail des notes obtenues pour chacun des sept éléments, comparativement à la note globale, dans chacun des 13 pays choisis de manière à représenter toutes les Régions OMS et l'ensemble des pays étudiés. Les systèmes de santé examinés sont apparemment toujours assez bien notés en ce qui concerne l'accès aux réseaux d'aide sociale et la confidentialité, bien mieux parfois que sur d'autres points. La note systématiquement élevée obtenue pour l'aide sociale compense peut-être les défaillances des prestations annexes. Il arrive en effet qu'un établissement de soins de santé qui ne peut, faute de ressources, offrir une nourriture de qualité ou veiller au bien-être des patients comble cette lacune en permettant aux parents et aux amis de pourvoir aux besoins du malade. L'une des raisons pour lesquelles la confidentialité ne semble pas poser un problème dans ces pays pourrait être que l'assurance privée y est peu répandue et que l'on ne risque guère, par conséquent, d'y refuser de couvrir quelqu'un sur la base d'informations divulguées par le prestataire. A l'autre extrémité du spectre, les résultats sont un peu moins homogènes, mais l'autonomie figure 34 fois sur 35 parmi les trois aspects de la réactivité les plus mauvais, et occupe la dernière place dans la moitié des cas. Le choix du prestataire et la rapidité avec laquelle les soins sont administrés sont souvent aussi des aspects de la performance qui laissent à désirer.

Comme pour l'état de santé, il n'y a pas que la réactivité globale qui compte si certains ont droit à des égards alors que d'autres sont humiliés ou traités avec dédain. *Un système de santé parfaitement équitable ne fait pas de différence entre les gens et devrait obtenir la même note pour chaque aspect de la réactivité et pour chaque groupe de population.* Dans presque tous les pays où l'on a interrogé des informateurs clés, les pauvres sont considérés comme le groupe le plus désavantagé, notamment du point de vue du respect de la personne, du choix du prestataire et des services annexes. Presque aussi fréquemment, les populations rurales – où les pauvres prédominent – passent pour être moins bien traitées que les citadins : prise en charge plus tardive, choix réduit du prestataire et services annexes de moins bonne qualité. Dans un ou plusieurs pays, certaines personnes interrogées ont également signalé que les femmes, les enfants ou les adolescents, les populations autochtones ou tribales, ou d'autres encore étaient moins bien traités que le reste de la population.

Encadré 2.2 Quelle est l'importance des diverses composantes de la réactivité ?

L'enquête sur les informateurs clés, qui a comporté 1791 interrogatoires dans 35 pays, a permis d'attribuer une note (de 0 à 10) à chacune des composantes de la réactivité, ainsi qu'une note générale. Une seconde enquête par Internet portant sur 1006 participants (dont la moitié font partie de l'OMS) a recueilli des opinions sur l'importance relative des composantes, ce dont on s'est alors servi pour transformer les notes partielles en notes générales au lieu de calculer simplement une moyenne ou d'utiliser les réponses globales des informateurs clés.

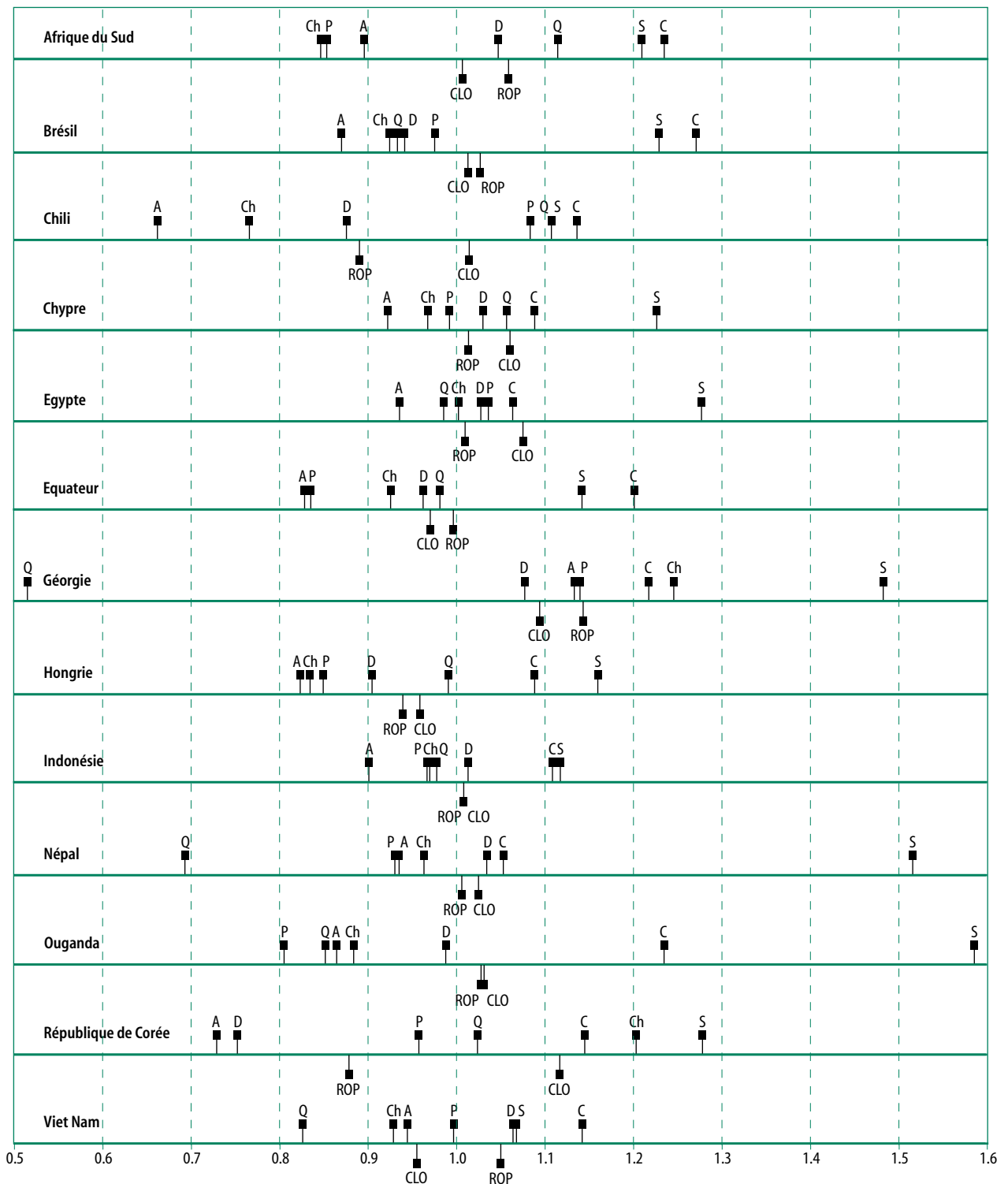
Il a été demandé aux enquêtés de classer les sept composantes par ordre d'importance et des coefficients de pondération ont été attribués en fonction de la fréquence avec laquelle chacune des composantes était classée première, deuxième, etc. Le respect de la personne et l'attention accordée au client ont été considérés comme d'égale importance ainsi que les trois composantes du respect de la personne. Les quatre composantes de l'atten-

tion accordée au client occupent des rangs différents et n'ont donc pas le même coefficient de pondération. Les coefficients de pondération finaux sont donnés dans le tableau ci-joint.

L'analyse des notes partielles attribuées par les informateurs clés révèle trois distorsions constantes : pour un même pays, les femmes interrogées ont donné des notes plus basses que les hommes, et les fonctionnaires ont attribué des notes plus élevées que les informateurs plus indépendants ; par ailleurs, toutes les notes des informateurs avaient tendance à être plus élevées dans les pays qui jouissaient d'une moindre liberté politique, déterminée par un indice composite. On a corrigé les notes pour les rendre comparables d'un pays à l'autre en éliminant l'influence de ces facteurs, de manière que toutes soient des estimations des cotes attribuées dans un pays politiquement libre par des personnes non employées par l'Etat dont la moitié sont des femmes.

<i>Respect de la personne</i>	
Total	0,50
Respect de la dignité	0,167
Confidentialité	0,167
Autonomie	0,167
<i>Attention accordée au client</i>	
Total	0,50
Promptitude de la prise en charge	0,20
Qualité de l'environnement	0,15
Accès aux réseaux d'aide sociale	0,10
Choix du prestataire	0,05

Figure 2.4 Notes relatives de différents aspects de la réactivité des systèmes de santé dans 13 pays, en 1999



Toutes les notes sont calculées d'après la note correspondant à la réactivité moyenne dans l'ensemble des pays = 1.

A – autonomie, C – confidentialité, Ch – choix du prestataire ou de l'établissement, D – respect de la dignité, R – rapidité, Q – qualité des services connexes, S – accès aux réseaux d'aide sociale, Rp – respect de la personne, AcI – attention aux clients.

Les composantes de l'attention accordée au client, point sur lequel les pauvres et la population rurale sont désavantagés, ont toutes des répercussions économiques : une prise en charge rapide, une nourriture de bonne qualité, des installations spacieuses et bien tenues coûtent généralement plus cher. Il est aussi plus difficile de maîtriser les coûts dans les cas où les malades peuvent choisir entre plusieurs prestataires et où les coûts varient de l'un à l'autre. Les éléments qui dépendent le plus de conditions économiques sont la qualité des services annexes et la rapidité de la prise en charge. La première est étroitement liée au revenu par habitant et à la part du secteur privé dans l'ensemble des dépenses de santé, et la seconde, à la durée moyenne de scolarisation de la population, qui dépend elle aussi du revenu. En revanche, les composantes du respect de la personne n'entraînent pas de dépenses, sauf peut-être pour la formation des prestataires et des administrateurs. Ces trois impératifs – respect de la dignité, autonomie et confidentialité – n'ont aucun lien avec les dépenses du système de santé. On peut améliorer la performance du système de santé à ces égards sans puiser dans les ressources nécessaires pour atteindre l'objectif premier qui est une meilleure santé. Ceci est particulièrement vrai de l'autonomie, domaine où la performance est souvent médiocre.

Le Tableau 6 de l'annexe indique les notes corrigées obtenues pour la réactivité globale et donne un indice d'équité d'après les indications fournies par les informateurs sur les groupes de population les plus fréquemment désavantagés et sur leur taille. Plus ces groupes sont importants ou plus les informateurs sont nombreux à considérer qu'ils sont moins bien traités que d'autres, plus les inégalités sont grandes et, donc, moins le système est équitable. Etant donné que certains aspects de la réactivité sont coûteux, il n'est pas surprenant que la plupart des pays les mieux placés consacrent à la santé des sommes relativement importantes. Il s'agit souvent aussi de pays où le secteur privé est responsable d'une grande partie de la prestation de services, même si le financement est principalement assuré par l'Etat ou en son nom. Toutefois, le lien avec le revenu ou les dépenses sanitaires est moins net que pour l'état de santé. Plusieurs pays pauvres d'Afrique et d'Asie ont en effet un assez bon niveau de réactivité, et les pays qui, en moyenne, répondent bien aux attentes de la population sont parfois beaucoup moins bien placés en ce qui concerne la répartition.

Un *financement équitable* du système de santé suppose que les risques financiers auxquels est exposé chaque ménage en raison des coûts du système sont répartis en fonction de la capacité à payer et non du risque de maladie : un système financé de façon équitable offre une protection financière à tous. Un système de santé dans lequel des individus ou des ménages sont parfois obligés de se ruiner pour acheter les soins dont ils ont besoin ou doivent renoncer à se faire soigner parce que le coût est trop élevé est inéquitable. C'est la situation que l'on observe dans la plupart des pays pauvres et dans certains pays à revenu intermédiaire ou élevé où une partie de la population n'est pas suffisamment protégée contre les risques financiers (12).

Le fait de devoir payer les soins de santé peut donner lieu à deux sortes d'injustice. Soit les familles risquent d'avoir de grosses dépenses *imprévues*, c'est-à-dire des frais inopinés qu'elles doivent payer directement au moment de l'utilisation des services parce qu'elles ne sont couvertes par aucune forme de prépaiement. Soit les paiements sont *dégressifs* par rapport au revenu : les plus démunis paient proportionnellement plus que les plus nantis. La solution au premier problème consiste à réduire au minimum la part de financement direct et à privilégier le plus possible un mode de paiement plus prévisible qui ne soit pas lié à la maladie ou à l'utilisation des services. Pour résoudre le second, il faut veiller à ce que chaque forme de prépaiement – impôts de toutes sortes, assurance sociale ou assurance volontaire – soit progressive ou du moins proportionnelle au revenu, et soit davantage fonc-

tion de la capacité à payer que du risque sanitaire.

Les paiements directs sont en général dégressifs, mais ils peuvent aussi, en principe, être proportionnels au revenu ou progressifs. Dans ce dernier cas, et à condition que les paiements ne soient pas trop élevés, il est probable que personne ne s'en trouvera ruiné et que les pauvres n'hésiteront pas à se faire soigner. C'est toutefois la forme de financement la plus difficile à rendre progressive. Divers dispositifs qui exemptent les plus démunis de la rémunération à l'acte dans les établissements publics ou qui appliquent un barème basé sur des caractéristiques socio-économiques sont des tentatives de réduction du risque lié au paiement direct (13,14). Sauf lorsque des médecins libéraux connaissent suffisamment bien leur clientèle pour moduler leurs honoraires et ont des patients aisés qui acceptent que le montant qui leur est facturé serve à subventionner ceux qui sont dans le besoin, ces mesures ne concernent que les établissements publics dont les services ne représentent souvent dans les pays pauvres qu'une faible part du total. Et même alors, l'obligation de répartir les utilisateurs en différentes catégories entraîne des frais administratifs relativement élevés, de sorte que le système ne s'applique généralement qu'à une petite portion du total des paiements liés au risque.

C'est pourquoi le meilleur moyen de garantir l'équité financière est de privilégier le prépaiement, et un prépaiement progressif, par rapport au paiement direct. Ce dernier doit être limité non seulement en valeur absolue, mais aussi par rapport à la capacité de paiement des ménages. Le prépaiement étroitement lié à un risque déterminé a priori (d'après des caractéristiques observables comme avec les primes d'assurance liées au risque) demeure préférable au paiement direct parce que plus prévisible, et peut se justifier dans la mesure où l'assuré décide des risques couverts. L'idéal, cependant, serait de dissocier la contribution financière d'un ménage au système de santé des risques sanitaires auxquels ce ménage est exposé et de la rendre presque complètement indépendante de l'utilisation des services nécessaires. La question de savoir dans quelle mesure les prépaiements de l'assurance doivent être liés aux risques et comment il convient de faire payer les primes et de subventionner ceux qui ne peuvent payer est examinée au chapitre 5.

A posteriori, la charge du financement de la santé qui pèse sur un ménage est le rapport entre ses dépenses de santé effectives et sa capacité à payer. Le numérateur comprend tous les coûts incombant au ménage, y compris ceux qu'il finance sans le savoir, comme les taxes sur les produits ou la taxe à la valeur ajoutée qu'il paye à la consommation et que le gouvernement consacre ensuite à la santé, ainsi que la cotisation à l'assurance souscrite et partiellement financée par l'employeur.

Le dénominateur est une mesure de la capacité du ménage à payer. Un ménage pauvre consacre une bonne partie de son budget aux produits de première nécessité, notamment la nourriture, alors qu'un ménage plus riche peut se permettre d'autres dépenses, y compris pour sa santé. On considère que l'argent dépensé pour se nourrir représente approximativement la part des produits de première nécessité et que le total des autres dépenses correspond approximativement au revenu dont le ménage peut disposer à peu près en permanence, lequel est moins fluctuant que le revenu enregistré (15) et plus révélateur de ce qu'un ménage peut dépenser pour la santé et autres besoins non alimentaires.

En résumé, *les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé.* Cet indicateur illustre le principe énoncé par Aneurin Bevan selon lequel un service de santé satisfaisant est essentiellement celui qui traite riches et pauvres de manière identique, sans pénaliser la pauvreté ni avantager la richesse (16). Le financement serait de

toute évidence inéquitable si la part du revenu payée par les ménages pauvres était supérieure à celle versée par les ménages riches, soit parce que le système de prépaiement les couvre moins bien et leur impose donc davantage de paiements directs, soit parce qu'il est dégressif. Si par équité on entend égalité, le système sera également jugé inéquitable si les ménages riches paient davantage proportionnellement à leurs moyens. Il suffit qu'ils paient la même part de leur revenu que les ménages pauvres pour subventionner ceux dont la capacité est moindre. Il est vrai que les ménages aisés peuvent choisir de contribuer plus encore, notamment en s'assurant davantage, système qui ne peut être jugé équitable que si les dépenses supplémentaires sont prépayées à titre purement volontaire et non dans le cadre de l'impôt ou d'un régime obligatoire.

Les familles qui consacrent à la santé 50 % ou plus de leur budget autre qu'alimentaire risquent de se ruiner. Au Brésil, en Bulgarie, en Fédération de Russie, en Jamaïque, au Kirghizistan, au Mexique, au Népal, au Nicaragua, au Paraguay, au Pérou, au Viet Nam et en Zambie, des enquêtes détaillées auprès des ménages révèlent que plus de 1 % de tous les ménages consacrent à la santé au moins la moitié de leur capacité mensuelle de paiement, de sorte que dans les grands pays, des millions de familles risquent de sombrer dans le dénuement, toujours à cause de l'importance des paiements directs. Ce risque important de dépenses catastrophiques dépend en grande partie du mode de financement du système de santé et non pas uniquement du montant global des dépenses ou du revenu du pays.

L'équité de la répartition de la contribution financière peut être indiquée de façon synthétique par un indice inversement proportionnel à l'inégalité de la répartition (voir Tableau 7 de l'annexe) sur une échelle de 0 (inégalité extrême) à 1 (égalité parfaite). Pour la plupart des pays, et surtout pour les plus riches, la valeur est proche de 1, mais l'inégalité est considérable dans quelques pays comme la Chine, le Népal et le Viet Nam, où presque toutes les dépenses de santé se font par paiement direct. Toutefois, dans certains pays comme l'Inde et le Bangladesh où la plupart des dépenses sont des paiements directs, l'inégalité est réduite, car les dépenses sont relativement progressives et peu de familles consacrent à la santé la moitié de leur budget non alimentaire. D'une manière générale, un degré élevé d'égalité est associé à une prédominance du prépaiement, mais au Brésil, les inégalités demeurent extrêmes malgré l'importance du prépaiement à cause des grandes disparités de revenus et des nombreuses familles au bord du dénuement.

Cette évaluation sommaire de l'équité ne fait pas de distinction entre les ménages riches et pauvres, contrairement à la Figure 2.5 qui montre la distribution de la charge financière entre prépaiement et paiement direct, par décile de la capacité de paiement, dans huit pays à revenu faible ou moyen. Le prépaiement est nettement progressif par rapport au revenu – les riches contribuent dans une plus large mesure – au Mexique et en Tanzanie, ainsi qu'au Bangladesh et en Colombie (non représentés). Il est en fait dégressif en Inde et au Pakistan, ainsi qu'en Fédération de Russie, en Guyane, au Kirghizistan, au Népal et au Pérou (non représentés). Dans d'autres pays (Brésil, Bulgarie, Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, Roumanie et Zambie), la relation entre capacité de paiement et prépaiement est plus ou moins linéaire, ou irrégulière. Comme on pouvait s'y attendre, le paiement direct est plus variable ; il est, par exemple, progressif en Inde et dégressif au Pakistan et au Viet Nam, où il n'y a pratiquement pas de prépaiement.

Le total des dépenses autres qu'alimentaires englobe tout montant déboursé directement par les ménages pour les soins de santé. Ces dépenses sont le plus souvent imprévisibles ou temporaires, de sorte qu'on risque, si l'on en tient compte, de surestimer la capacité de paiement de la famille. Si leur montant est faible, elles n'ont guère d'incidence, mais, si

elles sont importantes, elles peuvent avoir obligé la famille à vendre des biens, à s'endetter, à travailler davantage, à faire travailler certains de ses membres ou à les faire changer d'emploi, ou encore à réduire temporairement sa consommation de biens de première nécessité. Si l'on définit la capacité de paiement d'un ménage comme le montant des dépenses non alimentaires *diminué* des paiements directs pour la santé, les familles qui ont d'importantes dépenses directes entrent alors dans la catégorie des pauvres au lieu d'être réparties sur l'ensemble de la population. Le mode de financement du système de santé paraît alors systématiquement moins équitable dans la plupart des pays, toujours à cause de l'importance des paiements directs. Dans les pays à bas revenu, le prépaiement représente d'ordinaire une part trop faible du total pour compenser la tendance dégressive et la répartition très inégale des paiements directs, qui sont fonction des besoins. La situation est encore pire dans les nombreux pays où le prépaiement par l'impôt n'offre *aucune* compensation parce qu'il est lui aussi dégressif. Les pauvres sont en l'occurrence doublement désavantagés : collectivement, parce qu'ils paient une part disproportionnée, qu'ils utilisent ou non les services de santé et, individuellement, quand ils doivent verser, sous forme de paiements directs, une contribution plus injuste encore. Ce sont là les conclusions les plus importantes de l'analyse du financement ; les conséquences d'une telle situation sont examinées plus en détail au chapitre 5. L'Encadré 2.3 décrit quatre autres aspects de cette méthode d'appréciation de l'équité du financement.

L'analyse sur laquelle repose le présent rapport a largement consisté à rassembler une information plus complète et de meilleure qualité sur les dépenses de santé et à établir des comptes nationaux de la santé. Comme on le verra de façon plus approfondie au chapitre 6, il est indispensable, pour mieux administrer le système, de savoir d'où proviennent les ressources, par quel canal elles sont acheminées et comment elles sont utilisées. Dans le

Encadré 2.3 Qu'est-ce que l'équité de la contribution mesure et ne mesure pas ?

La mesure de l'équité de la contribution au financement des soins de santé s'effectue strictement a posteriori, c'est-à-dire qu'elle se réfère à ce que les ménages paient réellement, et non a priori en déterminant à l'avance la probabilité d'un besoin de soins de santé, ce qui signifie qu'il n'est pas nécessaire d'estimer la couverture d'une population assurée par différents régimes de répartition des risques. Il est en effet difficile d'estimer préalablement la couverture en termes financiers plutôt qu'en théorie (combien de personnes sont réellement protégées et pas simplement assurées ou affiliées à un régime de sécurité sociale) et, de toute manière, une telle couverture est, comme l'accessibilité, un moyen plutôt qu'une fin. La couverture théorique donne aux gens un sentiment de sécurité qui influe également sur les décisions con-

cernant leurs dépenses et leurs économies, mais ce n'est pas une fin en soi.

Il semblerait que les personnes qui n'utilisent pas les soins lorsqu'elles en ont besoin parce qu'elles ne peuvent pas les payer de leur poche dépensent moins qu'elles ne le devraient en réalité. En estimant ce qu'elles *auraient* dépensé si elles avaient été en mesure de le faire, on obtiendrait une distribution différente des contributions qui refléterait à peu près certainement une inéquité encore plus flagrante. En basant la mesure sur ce qui est effectivement dépensé (et c'est tout ce que les données permettent de faire), on surestime l'équité avec laquelle un système de santé répartit la charge du financement.

Cette mesure n'indique pas non plus comment une famille obtient l'argent nécessaire au paiement direct des soins de santé (ou à certain-

es formes de prépaiement telles que les cartes ou bons de santé en vigueur dans certains pays). Les ménages dont une grande partie du revenu est en nature et non en espèces peuvent renoncer à des soins de santé parce qu'ils sont dans l'incapacité d'obtenir l'argent nécessaire lorsqu'ils en ont besoin, mais les données indiquent simplement qu'ils n'ont pas dépensé cet argent. Sans une analyse plus fine, il est impossible d'établir une distinction entre le manque de liquidité et toutes les autres raisons pour lesquelles un besoin sanitaire ne s'est pas traduit par une dépense. Un autre problème de liquidité moins grave, mais parfois encore lourd de conséquences, se pose lorsqu'un ménage doit payer des soins de sa propre poche et attendre qu'ils lui soient remboursés par un assureur. Cette nécessité d'un financement temporaire des soins concerne des

populations assez aisées pour bénéficier d'une assurance en bonne et due forme, généralement privée.

Enfin et surtout, l'équité du financement signifie simplement l'équité de la répartition de la charge financière d'un système de santé. On ne peut rien en déduire au sujet de l'équité de l'*utilisation* des services de santé qui est une question tout aussi cruciale que l'équité générale du système. L'équité du financement est basée sur le principe : *par chacun selon ses possibilités*, et non : *à chacun selon ses besoins*. L'inéquité de l'utilisation par rapport aux besoins se manifeste par une inégalité des états de santé, car l'utilisation des services devrait réduire de telles inégalités pour autant qu'elles soient justiciables d'une intervention.

Figure 2.5 Contributions des ménages au financement de la santé, en pourcentage de leur capacité de paiement, dans huit pays

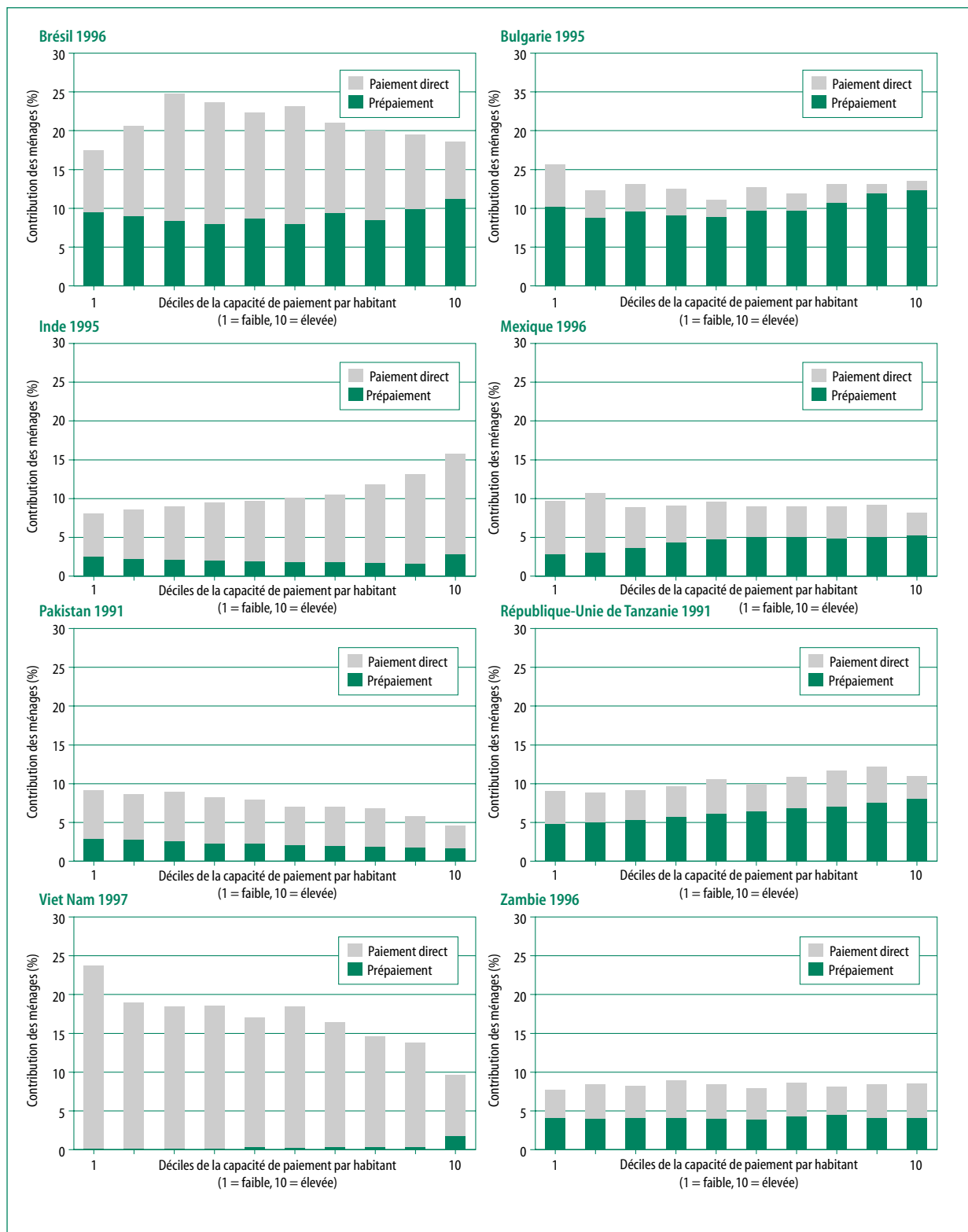


Tableau 8 de l'annexe figurent des estimations du total des dépenses de santé ventilées comme suit : sources de financement privées et publiques, financement par l'impôt et la sécurité sociale dans le secteur public, financement par l'assurance et les paiements directs dans le secteur privé et, enfin, prépaiement et paiements directs, pour donner une idée de l'équité du financement du système de santé. Ces données ont été directement exploitées et ont permis en outre de vérifier les estimations des dépenses des ménages dont il est question plus haut et de calculer les valeurs des indicateurs étroitement liés aux dépenses.

Quelles que soient les sources et la répartition du financement, le volume des ressources consacrées à la santé est un apport du système et non un résultat. Sans un tel apport, il n'y a pas de résultats possibles et c'est sur cette base qu'il faut évaluer les réalisations du système. Nous allons voir dans les deux sections suivantes comment s'acquitter au mieux de cette tâche, tout d'abord en élaborant un indice général des résultats d'ensemble, puis en reliant les réalisations à l'utilisation des ressources afin de mesurer la performance.

NIVEAU GÉNÉRAL D'ACCOMPLISSEMENT : QUALITÉ ET ÉQUITÉ CONJUGUÉES

Dans la mesure où un système de santé assure une longue espérance de vie corrigée de l'incapacité, a une forte réactivité (ou garantit un haut degré d'égalité dans l'un ou l'autre de ces domaines ou dans les deux) ou répartit de manière équitable la charge du financement, on peut considérer sa performance comme satisfaisante à l'égard de l'objectif en question.

Encadré 2.4 Pondération des réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble

Pour attribuer une série de coefficients de pondération aux différentes réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble, l'OMS a mené une enquête auprès de 1006 personnes qui se trouvaient dans 125 pays et dont la moitié faisaient partie de son propre personnel. Les questions avaient été conçues pour obtenir des opinions non seulement sur l'importance relative de chaque but par rapport aux autres (par exemple celle de la réactivité par rapport à l'état de santé), mais aussi sur le type d'inégalité qui a le plus d'incidence. On a ensuite vérifié la cohérence des réponses et déterminé leurs distorsions éventuelles, ce qui a permis de constater qu'elles donnaient des valeurs pratiquement identiques dans chacun des nombreux groupes différents (pays riches et pays pauvres, hommes et femmes, personnel de l'OMS et autres enquêtés). Les coefficients de pondération finalement attribués sont donnés dans le tableau ci-joint.

Comme on pouvait s'y attendre, la santé est considérée comme l'objectif le plus important et, de toute évidence, comme le but essentiel ou déterminant d'un système. Toutefois, le souci de parvenir à l'égalité et pas simplement à une moyenne élevée entre au moins pour moitié dans le souci d'une meilleure santé. En scindant la santé en deux objectifs, on souligne que l'équité compte tout autant que la qualité. Cette attitude est pleinement en accord avec l'intérêt de l'OMS pour les pauvres, les moins bien portants et les plus démunis d'une société. Des coefficients de pondération équivalents ont été aussi attribués au niveau global et à la distribution ou égalité pour la réactivité. En bref, la manière dont le système traite les gens dans des domaines qui ne sont pas en rap-

port avec la santé est aussi importante que le niveau de santé ou l'égalité en matière de santé. Par ailleurs, l'équité du financement de la santé, qui ne constitue pas traditionnellement l'une des préoccupations majeures de l'OMS ou des ministères de la santé avec lesquels elle traite et qu'elle soutient, est affectée d'un coefficient de pondération d'un quart, relativement élevé et égal à celui de la réactivité. Tant dans ce cas que dans celui de la réactivité, le coefficient de pondération attribué par les enquêtés reflète probablement l'importance immédiate ou intrinsèque de l'objectif ainsi que sa contribution indirecte à la réalisation d'une bonne santé : il est difficile de dissocier les deux aspects. On s'accorde manifestement à penser qu'un système de santé qui fonctionne bien doit faire beaucoup plus que simplement favoriser un niveau général de santé aussi élevé que possible.

L'attribution de coefficients de pondération aux cinq objectifs permet aussi de tenir compte de l'importance relative de la qualité et de l'équité. Pris globalement, les niveaux de santé et de réactivité ont un coefficient de pondération égal aux trois huitièmes du total. Les trois mesures de la distribution, qui indiquent ensemble l'équité du système, reçoivent les cinq huitièmes restants. Des pays où l'espérance de vie est relativement brève et où il est impossible de répondre convenablement aux attentes de la population concernant la rapidité de la prise en charge ou la qualité de l'environnement peuvent néanmoins être considérés comme ayant un système de santé performant en ce qui concerne l'équité d'une ou plusieurs dimensions.

<i>Santé (espérance vie corrigée de l'incapacité)</i>	
Total	0,50
Niveau global ou moyen	0,25
Distribution ou égalité	0,25
<i>Réactivité</i>	
Total	0,25
Niveau global ou moyen	0,125
Distribution ou égalité	0,125
<i>Équité de la contribution financière</i>	
Distribution ou égalité	0,25

Etant donné que les résultats peuvent être bons dans un ou plusieurs domaines et mauvais dans d'autres, il faut, pour pouvoir faire des comparaisons entre pays ou dans le temps, regrouper les cinq objectifs en un seul indice général. Il n'existe pas de barème qui tienne compte à la fois des années de vie, de la réactivité et des indices de qualité et d'équité. Pour réunir les différentes mesures en une seule, il faut attribuer à chacune un coefficient de pondération ou une importance relative. La méthode de calcul proposée et ses résultats sont exposés dans l'Encadré 2.4.

En appliquant ces coefficients de pondération aux chiffres des Tableaux 5, 6 et 7 de l'annexe, on obtient une note globale pour chaque système de santé. Les notes sont présentées dans le Tableau 9 de l'annexe, avec, pour chaque valeur, un intervalle d'incertitude tenant compte des incertitudes auxquelles donne lieu chacune des composantes. Etant donné que dans les pays riches, l'état de santé est généralement bon et un revenu élevé autorise de plus grandes dépenses de santé, en majorité prépayées et le plus souvent publiques, le classement par niveau général d'accomplissement dépend beaucoup du revenu et des dépenses de santé. Toutefois, le coefficient élevé attribué à la répartition explique, par exemple, que le Japon soit devant les Etats-Unis et que le Chili, la Colombie et Cuba précèdent tous les autres pays d'Amérique latine. On notera sans surprise qu'à l'exception de trois pays asiatiques, les 30 derniers pays du classement sont tous situés en Afrique.

PERFORMANCE : OBTENIR DES RÉSULTATS À PARTIR DES RESSOURCES DISPONIBLES

L'indicateur général de l'accomplissement, comme les cinq types de résultat qui le composent, est une mesure absolue. Il indique jusqu'à quel point un pays a atteint les différents objectifs, mais ne compare pas les résultats obtenus à ce qu'il eût été possible de faire avec les ressources disponibles dans le pays. Ce sont les *résultats obtenus en fonction des ressources* qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé.

Si, par exemple, l'état de santé est meilleur et l'espérance de vie presque deux fois plus élevée en Suède qu'en Ouganda, c'est en grande partie parce que la première dépense exactement 35 fois plus par personne pour son système de santé. Par contre, le Pakistan dépense presque le même montant par personne que l'Ouganda, avec un revenu par habitant quasi équivalent, mais l'espérance de vie y est supérieure de près de 25 ans. La comparaison entre ces deux pays est cruciale : pourquoi les résultats sanitaires sont-ils bien meilleurs au Pakistan alors que les dépenses y sont équivalentes ? Or, ce sont les dépenses sanitaires qui comptent, et non le revenu global du pays car une société peut décider de dépenser moins pour la santé qu'une autre, à niveau de revenu égal. Chaque système de santé doit être jugé en fonction des ressources dont il dispose effectivement, non en fonction de celles qui auraient pu être consacrées à la santé mais qui ont servi à un autre usage.

Les résultats sanitaires ont souvent été évalués d'après des apports tels que le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux par unité de population. Cette méthode montre ce que ces apports produisent *effectivement* mais ne permet guère de connaître le *potentiel* du système de santé, c'est-à-dire ce que l'on pourrait obtenir avec les mêmes ressources financières en produisant et en utilisant différentes quantités ou types de personnel, de bâtiments, de matériel et de produits consommables. Dans ces comparaisons, le véritable indice des ressources est l'argent, car il sert à acheter tous les apports physiques.

Pour évaluer la performance relative, il faut un barème dont une extrémité représente la limite supérieure ou le *maximum de ce que l'on peut attendre d'un système de santé* ; cette limite – tirée d'informations provenant de nombreux pays mais d'une valeur bien définie

pour chaque pays – est le niveau d’accomplissement qu’un système de santé peut atteindre mais qu’il ne surpasse dans aucun pays. A l’autre extrémité, il faut définir une limite inférieure correspondant au *minimum que l’on peut exiger d’un système de santé* (17). Avec un tel barème, il est possible d’observer dans quelle mesure le potentiel a été réalisé. En d’autres termes, la comparaison entre les résultats effectifs et le potentiel montre à quelle distance des limites de sa performance maximale se situe le système de santé de chaque pays.

L’OMS a évalué deux sortes de relation entre les résultats et les ressources du système de santé. La première évaluation compare les ressources uniquement à l’état de santé moyen (espérance de vie corrigée de l’incapacité – EVCI) et se rapproche ainsi de nombreuses analyses de la performance effectuées jusqu’ici dans le domaine de la santé. La seconde rapporte les ressources à un niveau général d’accomplissement basé sur les cinq objectifs. On utilise dans les deux cas la même valeur des ressources globales d’un pays parce qu’il n’existe aucun moyen de déterminer les dépenses directement consacrées à la production de services de santé, à la détermination d’une meilleure réactivité ou à l’instauration d’un financement plus ou moins équitable. Il en va de même des ressources utilisées pour améliorer la distribution de la santé ou de la réactivité plutôt que le niveau moyen.

Chaque limite est fonction d’une variable autre que les dépenses du système de santé : c’est le nombre moyen d’années de scolarisation des adultes, qui permet de mesurer le capital humain et donc le potentiel à long terme, voire le développement actuel ou réel du pays. Elle reflète la plupart des facteurs extérieurs au système de santé qui influent sur l’état de santé, et probablement aussi sur la réactivité et le mode de financement. L’Encadré 2.5 explique comment évaluer les limites supérieures et inférieures et comment les interpréter.

Etant donné que les estimations reposent entièrement sur les données du pays et non sur ce qu’on devrait ou pourrait réaliser, et qu’il y a une limite supérieure à toutes les réalisations, l’injection de ressources supplémentaires fait rapidement reculer cette limite quand les dépenses sont peu importantes, mais plus elles se rapprochent des niveaux caractéristiques de pays riches, plus le rythme ralentit. Un système de santé peut progresser vers cette limite en améliorant sa performance, c’est-à-dire en obtenant de meilleurs résultats avec les mêmes ressources. Il peut s’en approcher selon qu’il dépense plus ou moins pour la santé et atteint un niveau d’accomplissement différent pour un même degré de performance. La limite peut également être repoussée à mesure qu’on acquiert de nouvelles connaissances permettant d’améliorer la santé ou d’obtenir d’autres résultats avec des ressources et un capital humain donnés. Les immenses progrès réalisés en santé depuis un siècle et demi (voir le chapitre 1) sont dus en grande partie à cette expansion qui a permis de faire reculer les limites du possible.

S’il n’y avait pas de système de santé au sens moderne du terme, les gens continueraient à naître, vivre et mourir. L’espérance de vie serait bien inférieure à ce qu’elle est aujourd’hui, mais ne serait pas nulle. En l’absence de dépenses de santé, on n’aurait pas à se demander si la charge du financement est équitablement répartie. Il n’y aurait pas non plus de capacité de réaction. Le niveau minimum d’accomplissement serait uniquement fonction de l’état de santé et, faute d’informations sur les inégalités, seulement du niveau de santé moyen. Dans la mesure des résultats d’ensemble, les valeurs correspondant aux quatre autres objectifs, y compris celles qui concernent l’égalité, seraient fixées à zéro. Pour évaluer ce minimum, l’OMS s’est servie de données recueillies vers 1900 dans un petit nombre de pays qui rapportent l’espérance de vie, non corrigée de l’incapacité, au revenu estimatif. La situation au début du siècle dernier est prise comme base de départ pour mesurer les immenses progrès rendus possibles par le développement des connaissances, des investissements et des ressources consacrées à la santé. Certains changements ont pour effet d’élever

ce minimum – l'éradication de la variole en est le meilleur exemple. L'émergence du VIH/SIDA et des maladies dues au tabac a l'effet opposé et rend plus difficile qu'en 1900 la réalisation d'un certain niveau de santé.

La question qui se pose aujourd'hui pour tout système de santé est la suivante : compte tenu du capital humain du pays et des ressources consacrées à son système de santé, à quelle distance celui-ci se trouve-t-il du maximum que l'on puisse en attendre ? En rapportant ainsi les résultats au minimum et au maximum estimatifs et à l'utilisation des ressources économiques, on dégage l'indicateur général de la *performance* du système. Etre performant signifie s'éloigner de l'accomplissement minimum pour se rapprocher du maximum. En termes économiques, la performance est une mesure de l'efficacité : un système de santé efficace obtient beaucoup de résultats, compte tenu des ressources à sa disposition, tandis qu'un système inefficace gaspille des ressources, même s'il donne d'excellents résultats en termes de santé, de réactivité et d'équité. C'est-à-dire que l'on pourrait s'atten-

Encadré 2.5 Estimation de ce que l'on peut attendre de mieux et du minimum exigible

Les estimations des limites supérieures et inférieures de la performance d'un système de santé faites par l'OMS diffèrent sur deux points importants de la plupart des analyses de ce qui est effectivement réalisé par un système de santé. Premièrement, une limite supérieure n'a de sens que si aucun pays n'est situé au-delà, mais un au moins doit y correspondre. On évalue donc la limite supérieure selon une méthode statistique qui n'autorise des erreurs que dans une direction en minimisant les distances entre la limite supérieure et les valeurs calculées de la performance. (On évalue la limite inférieure par la technique classique qui autorise des erreurs dans les deux directions.) Deuxièmement, on ne se propose pas d'*expliquer* ce que chaque pays ou système de santé a réussi à faire, mais plutôt d'estimer ce qui devrait lui être possible. On peut pousser l'explication en utilisant de nombreuses autres variables. Si les pays tropicaux font apparaître systématiquement des réalisations inférieures en matière de santé parce que de nombreuses maladies sévissent à proximité de l'équateur, une variable tenant compte de la situation d'un pays en zone tropicale augmenterait la capacité explicative ou prédictive

des données. De même, si des pays où la population est ethniquement très diverse obtiennent des résultats inférieurs dans le domaine de l'égalité, une variable reflétant cette hétérogénéité expliquerait les résultats observés.

Le problème, lorsque l'on tente d'être aussi explicite que possible, est que, chaque fois que l'on ajoute une variable, la limite supérieure change. Il y aurait ainsi une telle limite pour les pays tropicaux et une autre pour les pays à climat froid ; une pour les pays à forte diversité ethnique et une autre pour ceux dont la population est plus uniforme, etc. Si la performance est mesurée par rapport à la limite supérieure atteinte pour chaque type de pays, presque tous les systèmes de santé risquent de paraître également efficaces dans l'utilisation de leurs ressources, car on attendra moins des uns que des autres. Chaque complément d'explication équivaudra à une raison de ne pas mieux faire. Ceci vaut particulièrement pour les explications faisant intervenir des maladies particulières : le SIDA et le paludisme, par exemple, sont des causes majeures de perte de santé dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, mais inclure leurs effets dans l'estimation de la limite supérieure revient à ne juger ces pays qu'en

fonction de la manière dont ils maîtrisent toutes les *autres* maladies, comme si rien ne pouvait être fait au sujet du SIDA et du paludisme. C'est pourquoi il convient de n'estimer cette limite supérieure qu'en fonction des dépenses et du capital humain, car on a ainsi une mesure générale de la capacité de la société à réaliser de nombreux types de performance, y compris la performance du système de santé.

Pour améliorer les estimations et éviter qu'elles ne reposent sur des valeurs anormales concernant une seule année, on déduit les mesures de l'accomplissement de données portant sur une période de plusieurs années immédiatement antérieure à l'enquête. De même, les mesures des dépenses et du capital humain sont déterminées à partir de données relatives à plusieurs années. Toutefois, tant les résultats que les facteurs qui déterminent la performance potentielle sont censés décrire la situation d'un pays au moment considéré. Ils ne tiennent pas compte de la mesure dans laquelle les décisions prises dans le passé et l'utilisation antérieure des ressources peuvent imposer une limite à ce qu'un système peut effectivement réaliser aujourd'hui (ce qui pourrait servir à justifier une mauvaise performance) et n'indiquent pas non plus la vitesse à laquelle un

système peu performant est censé s'améliorer et approcher de la limite supérieure.

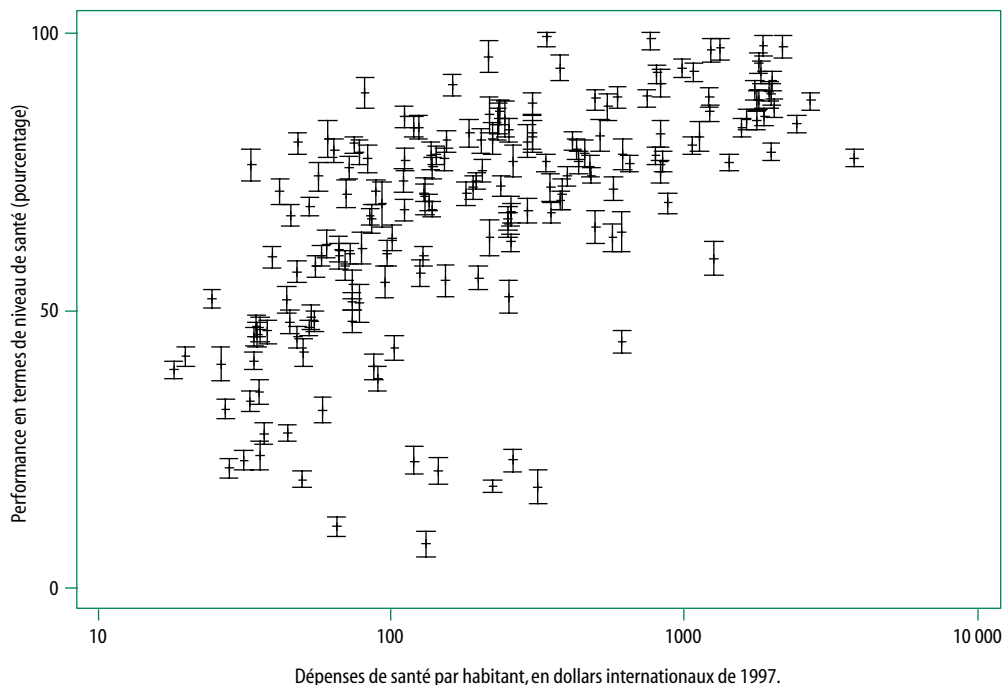
Cette façon d'estimer ce qui est possible omet deux problèmes particulièrement complexes qui sont parfaitement illustrés par la lutte contre la mortalité et les incapacités dues au tabac. Premièrement, de nombreuses mesures adoptées par le système de santé ne donnent de résultats qu'après un certain nombre d'années, de sorte que les ressources utilisées aujourd'hui ne sont pas étroitement en rapport avec les résultats obtenus aujourd'hui. Si un système de santé réussissait, d'une manière quelconque, à persuader tous les fumeurs de renoncer à cette habitude et les autres de ne pas commencer à fumer, il se passerait de nombreuses années avant que la charge de morbidité due au tabac devienne nulle.¹ Deuxièmement, on ne peut pas raisonnablement s'attendre à ce qu'un système de santé parvienne dans un proche avenir à rendre nulle la prévalence du tabagisme, quels que soient ses efforts. Déterminer comment évaluer les progrès et pas seulement la performance actuelle d'un système de santé est l'une des nombreuses tâches auxquelles il faudra s'atteler à l'avenir.

¹ Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford, Oxford University Press for the World Bank and the World Health Organization, 2000.

dre à ce qu'il fasse encore mieux, car certains pays obtiennent les mêmes résultats en dépensant moins ou obtiennent de bien meilleurs résultats en dépensant un peu plus.

Le Tableau 10 de l'annexe présente deux indicateurs de la performance d'un système de santé. Le premier est basé uniquement sur un état de santé moyen, reflété au Tableau 5 de l'annexe par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), en comparant la limite pouvant être atteinte pour ce seul objectif aux ressources utilisées par un pays et à son capital humain. Dans ce cas, les limites supérieures et inférieures entre lesquelles se situe la performance sont rigoureusement comparables, et la mesure peut être comparée à d'autres estimations de ce qui détermine les résultats sanitaires. Comme les mesures de l'accomplissement, ces valeurs comportent des estimations de la marge d'incertitude. La Figure 2.6 montre, pour l'ensemble des pays, la distribution estimative de la performance par rapport à l'EVCI. L'augmentation des dépenses de santé s'accompagne d'une amélioration des résultats sanitaires, même si la performance est jugée relativement au montant des dépenses et non en valeur absolue. Il est évident que des pays très pauvres ont d'autres handicaps que de faibles dépenses et un bas niveau d'instruction. Les quelques pays où les dépenses sont inférieures à \$10 par personne et par an semblent rarement capables de dépasser 75 % de l'espérance de vie possible, alors que, dans la plupart des pays où ces dépenses dépassent \$1000, ces 75 % sont un minimum. L'augmentation des dépenses est également associée à une moindre variation de la performance. Des variations de l'espérance de vie d'une importance inquiétante par rapport aux dépenses et au degré d'instruction se produisent à des niveaux de dépenses faibles ou intermédiaires, c'est-à-dire lorsqu'il est le plus nécessaire de comprendre et réduire les différences de réalisation. Ce phénomène est dû en grande partie à l'épidémie du VIH/SIDA : les 25 pays les plus mal placés sont tous des nations africaines où le SIDA constitue une lourde charge (l'Encadré 2.5 explique pourquoi l'épidémie n'a pas été prise en compte dans la définition de la limite du possible).

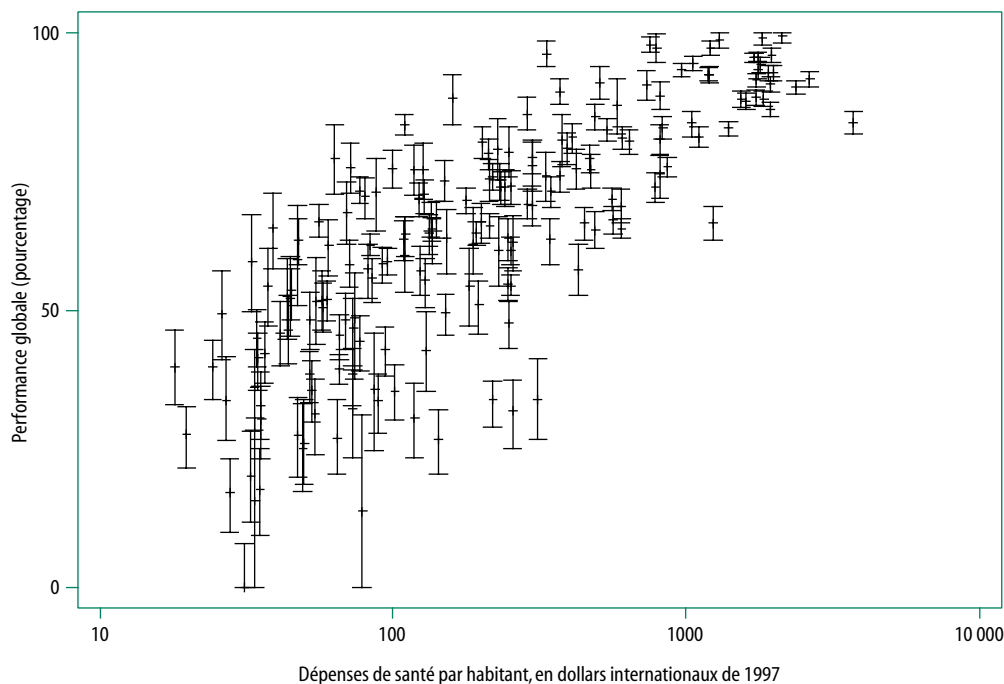
Figure 2.6 Performance en termes de niveau de santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1999



Le deuxième indicateur du Tableau 10 de l'annexe est basé sur la mesure des résultats d'ensemble présentée au Tableau 9 de l'annexe et juge la performance comparativement à la limite supérieure définie pour l'ensemble des cinq composantes de ces résultats. Les marges d'incertitude concernant ces valeurs sont beaucoup plus importantes que pour la seule EVCI en raison du caractère aléatoire des autres composantes. Ce sont ces dernières qui expliquent également certains changements de classification considérables, mais les systèmes les plus performants semblent néanmoins être ceux de pays relativement riches et les moins performants sont principalement ceux de pays pauvres situés en Afrique. La Figure 2.7 indique la distribution de la performance globale, dont les variations sont relativement plus faibles que celles de la Figure 2.6 : les pays peu performants à l'égard du seul état de santé se rattrapent parfois en faisant mieux dans les domaines de la réactivité, du financement ou du traitement des inégalités sanitaires. Il n'en demeure pas moins que les rangs donnés par les deux mesures de la performance sont assez semblables, encore qu'un petit nombre de pays obtient des résultats bien meilleurs avec l'une qu'avec l'autre.

Les activités entreprises par l'OMS au cours de ces prochaines années pour soutenir le développement des systèmes de santé seront fondées sur la conviction que tout système doit rendre compte du niveau et de la distribution de ses résultats en matière de santé, de réactivité et d'équité du financement, toujours comparativement aux dépenses de santé. Désormais, chaque numéro du *Rapport annuel sur la santé dans le monde* contiendra des mesures plus complètes et plus fiables des réalisations des pays, et l'OMS aidera les pays à renforcer les compétences locales pour l'analyse et l'amélioration des résultats et de la performance des systèmes de santé.

Figure 2.7 Performance globale des systèmes de santé (pour toutes réalisations) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1999



AMÉLIORER LA PERFORMANCE : QUATRE FONCTIONS CLÉS

Pour élaborer une politique d'amélioration de la performance, il faut être informé des principaux facteurs qui déterminent cette dernière. La connaissance des déterminants de la *performance* des systèmes de santé, à ne pas confondre avec la compréhension de ce qui détermine l'*état* de santé, demeure très limitée. Le présent rapport s'attache à examiner un petit nombre de fonctions universelles dont s'acquitte le système de santé, comme l'illustre la Figure 2.1 ci-dessus, en cherchant à déterminer ce qui se passe lorsqu'elles sont exécutées bien ou mal et en montrant comment elles sont associées aux différences entre les réalisations des divers pays. Il est ainsi plus facile de considérer le service de santé dans son ensemble au lieu de l'analyser progressivement à partir de sous-systèmes, organisations ou programmes de la composante, comme le font généralement les évaluations de la performance (18).

La fonction prestation de services est la plus connue, et de fait on considère souvent qu'elle représente la totalité du système de santé. La classification proposée ici montre que la prestation de services se rapporte à ce que *fait* le système et non pas à ce qu'il *est*. Une grande partie de la fonction financement s'exerce en dehors de ce que l'on considère généralement comme le système de santé, dans le cadre d'un processus au cours duquel on collecte des recettes pour les mettre à la disposition du système. Pour faire de l'équité de la contribution financière l'un des buts intrinsèques du système, il faut considérer en partie cette fonction comme l'une des tâches qu'il *exécute* effectivement, et non simplement comme le fait de recevoir passivement de l'argent qui vient d'ailleurs. C'est le système qui collecte une partie des fonds directement, regroupe tout ce qui est mis en commun à l'exception du produit de l'impôt, et acquiert les biens et services. Il en résulte que le système est, partiellement du moins, responsable vis-à-vis de la société de la manière dont les ressources sont recueillies et dosées, et pas seulement de leur utilisation finale.

Chaque système de santé est appelé à investir quelque peu dans la création de ressources, mais celles-ci sont aussi parfois considérées comme émanant de l'extérieur du système proprement dit. Dans l'immédiat, le système ne peut utiliser que des ressources produites dans le passé, et il arrive même souvent qu'il ne puisse guère en modifier l'usage. A terme, cependant, l'investissement est aussi quelque chose qui émane du système et, parce que ses répercussions sont durables, il doit être fait judicieusement. En rapportant les réalisations au total des dépenses du système, on peut mettre en évidence une mauvaise performance lorsque ce qu'on peut obtenir au moyen des ressources d'aujourd'hui est inutilement limité par la manière dont les ressources ont été investies hier et avant-hier.

La quatrième fonction est l'*administration générale* qui peut être définie comme *la gestion consciencieuse et avisée d'un bien confié aux soins de quelqu'un* (19). Les gens confient à la fois leur corps et leur argent au système de santé qui est tenu de protéger le premier et d'utiliser judicieusement le second. L'Etat est particulièrement appelé à exercer cette fonction d'administration générale, car il dépense l'argent que les gens sont tenus de verser dans le cadre de l'impôt et de l'assurance sociale, et parce qu'il est l'auteur d'un grand nombre des règles applicables aux transactions privées et volontaires. En outre, il ne détient les installations qu'en vertu d'un mandat tacite des citoyens. Les assureurs et praticiens privés l'exercent aussi dans une mesure légèrement restreinte, et une partie de la tâche de l'Etat, en tant qu'administrateur ou intendant général du système, consiste à veiller à ce que l'action des organisations et intervenants privés soit également consciencieuse et avisée. Une grande partie de l'administration générale consiste à réglementer, que cette tâche soit assurée par

l'Etat ou par des organismes privés qui régissent les activités de leurs membres, conformément dans bien des cas à des règles fixées par l'Etat. Toutefois, cette notion englobe bien plus qu'une simple réglementation et, lorsqu'elle est convenablement appliquée, son influence s'étend à tous les rouages du système.

On peut distinguer ces fonctions dans des systèmes de santé dont les structures sont très différentes (20,1). A un extrême, on trouve un système où ces fonctions sont largement entre les mains d'une même organisation qui collecte les fonds, les met en commun et les alloue à un groupe relativement monolithique de prestataires de services, lesquels sont ses propres employés. Le système de santé norvégien a plus ou moins ce type de structure, et le Service national de Santé du Royaume-Uni s'en rapprochait avant 1990. Il existe un autre système caractérisé par un haut degré de cloisonnement « vertical », dans lequel des organisations distinctes comme le ministère de la santé, les caisses de sécurité sociale, l'armée, des organisations caritatives ou des assureurs privés peuvent payer leurs propres prestataires, collecter et allouer les fonds, et dispenser des services à des populations bien distinctes. Les systèmes de santé d'une grande partie de l'Amérique latine sont quelque peu conformes à ce modèle, encore que les malades reçoivent souvent des soins de plusieurs des organisations séparées par ce cloisonnement vertical. Un système peut aussi comporter une intégration « horizontale » de chaque fonction, c'est-à-dire qu'une seule organisation l'exerce et que chacune est confiée à une organisation différente. Aucun système ne correspond véritablement à ce modèle parce que les prestataires sont multiples, à moins qu'ils ne fassent partie d'un système entièrement intégré. Toutefois, certains systèmes, comme celui du Chili, séparent la collecte de la mise en commun pour une large part des ressources et emploient un grand nombre de prestataires au sein d'une organisation unique. A l'autre extrême par rapport à l'organisation monolithique, on trouve un système comportant des institutions distinctes qui collectent des fonds et paient des prestataires faisant rarement partie de leur personnel, dans le cadre de plusieurs accords de prestation de services. Depuis les réformes adoptées en 1993, le système colombien ressemble un peu à ce modèle.

Les chapitres 3, 4, 5 et 6 examinent à tour de rôle les caractéristiques clés de chacune des quatre fonctions (prestation de services, investissements, financement et administration générale) ainsi que certains facteurs qui influent sur la performance dans des pays ayant différents niveaux de revenus. La fonction de financement est de toute évidence la plus importante pour atteindre l'objectif de l'équité des contributions, mais la manière dont elle s'exerce a également des répercussions sur les résultats sanitaires et même quelques effets sur la réactivité. La fonction prestation de services est celle qui influence le plus les résultats sanitaires, mais elle revêt également une grande importance pour la réactivité. Quant à l'administration générale, elle touche à tous les domaines.

RÉFÉRENCES

1. **Murray CJL, Frenk J.** *Cadre OMS d'évaluation de la performance des systèmes de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (Document de travail GPE N° 6 non publié).
2. **Roemer MI.** *National health systems of the world*. New York, Oxford University Press, 1991.
3. **Centers for Disease Prevention and Control, Centro Latino-Americano de Investigación en Sistemas de Salud et l'Organisation panaméricaine de la Santé.** *Public health in the Americas*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1999 (document non publié).
4. **Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé.** Washington, DC, Banque mondiale, 1993.
5. **Acheson D et al.** *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres, The Stationery Office, 1998.
6. **Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K.** Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, **39**(6): 767–780.
7. **Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM.** Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science and Medicine*, 1997, **45**(12): 1845–1852.
8. **Hurst J.** Challenges to health systems in OECD countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (6) (sous presse).
9. **Donelan K et al.** The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs*, 1999, **18**(3): 206–216.
10. **King S.** Vaccination policies: individual rights v. community health. *British Medical Journal*, 1999, **319**: 1448–1449.
11. **de Silva A.** *A framework for measuring responsiveness*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé, 1999 (document non publié).
12. **Fabricant S, Kamara C, Mills A.** Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management*, 1999, **14**: 179–199.
13. **Nolan B, Turbat V.** *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Economic Development Institute of The World Bank, 1995.
14. **Bennett S, Creese A, Monasch R.** *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (Current Concerns, ARA paper N° 16, document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
15. **Friedman M.** *Theory of the consumption function*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1957
16. **Bevan A.** *In place of fear*. Londres, Heinemann, 1952.
17. **Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L.** Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*, 1982, **20**: 975–992.
18. **Cumpher GE.** *The evaluation of national health systems*. Oxford, Oxford University Press, 1991.
19. *Meriam Webster's deluxe dictionary*. Pleasantville, New York/Montréal, Reader's Digest, 1998.
20. **Murray CJL, Kreuser J, Whang W.** Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems [Investigation du secteur de santé : analyse coût-efficacité et choix politiques]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72** (4): 663-674 (résumé en français).