



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



41^e CONSEIL DIRECTEUR

San Juan, Porto Rico, 27 septembre-1er octobre 1999

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CD41/14 (Fr.)

9 juillet 1999

ORIGINAL : ESPAGNOL

SUIVI ET EVALUATION DES PROCESSUS DE REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE

A l'heure actuelle, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes introduisent des réformes qui peuvent influencer profondément la façon d'assurer les services de santé de base ainsi que leurs bénéficiaires. La réforme des systèmes sanitaires est menée à bien dans le but de réduire les inégalités, d'améliorer la qualité, de corriger les inefficacités et d'accroître la pérennité et la participation sociale dans les systèmes sanitaires en place.

Au Sommet des Amériques de 1994 tout comme à la Réunion spéciale sur la réforme du secteur de la santé en 1995, à laquelle ont participé un comité interinstitutions des Nations Unies ainsi que des organismes multilatéraux et bilatéraux, les gouvernements de la Région ont exprimé le besoin de mettre au point un processus de suivi de la réforme du secteur de la santé dans les Amériques.

En réponse à cette requête, la "*Méthodologie de suivi et d'évaluation des réformes du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes*" (appelée ci-après "*la Méthodologie*") a été élaborée et a commencé ensuite à être utilisée. Ce document explique en quoi consiste la *Méthodologie* et son contenu, ses utilisateurs et sa finalité, des exemples de son application et les étapes futures qui ont été envisagées.

Ce rapport, qui a été examiné auparavant par le Sous-Comité de planification et de programmation et par le Comité exécutif, est présenté au Conseil directeur aux fins d'informer de l'état d'avancement des activités par rapport au mandat de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de connaître les orientations des Etats Membres sur les prochaines étapes à suivre. Le Comité exécutif au cours de sa 124^e session a approuvé la résolution CE124.R8 pour la soumettre à la considération du Conseil directeur (voir Annexe).

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Antécédents et justification de l'action de l'OPS concernant le suivi de la réforme sectorielle dans les pays des Amériques	3
2. Elaboration de la <i>Méthodologie</i> de suivi et d'évaluation des reformés du secteur de la santé.....	4
2.1 Cadre conceptuel.....	4
2.2 Processus d'élaboration de la <i>Méthodologie</i>	5
2.3 Qu'est-ce que la <i>Méthodologie</i>	6
2.4 A qui s'adresse la <i>Méthodologie</i>	6
2.5 Quelles sont les informations qu'utilise la <i>Méthodologie</i>	7
3. Contenu du cadre méthodologique pour le suivi et l'évaluation des processus de réforme sectorielle	7
3.1 Suivi des processus.....	7
3.2 Evaluation des résultats.....	8
4. Application de la <i>Méthodologie</i>	9
4.1 Argentine.....	10
4.2 Guatemala.....	10
4.3 Honduras	11
4.4 Mexique.....	12
4.5 Panama	13
4.6 Paraguay	13
4.7 République dominicaine.....	14
5. Etapes suivantes	15

Annexe : Résolution CE124.R8

1. Antécédents et justification de l'action de l'OPS concernant le suivi de la réforme sectorielle dans les pays des Amériques

Le mandat de l'OPS émanant de ses documents de base, le Code sanitaire panaméricain (1924) et la Constitution (1947), lui confère l'autorité en matière de promotion et de coordination du domaine de la santé internationale dans la Région. Parmi les activités de coopération technique de l'OPS, il faut souligner celles destinées à renforcer la capacité des Etats membres à élaborer, exécuter et utiliser efficacement les méthodologies et systèmes d'information visant à détecter et évaluer les changements des conditions de vie et de santé des populations, à développer la capacité d'analyse, de planification et de formulation des politiques et à renforcer le leadership et la capacité de direction et de gestion des ministères de la santé et autres institutions du secteur, que ce soit dans les conditions habituelles de fonctionnement comme dans les processus de réforme sectorielle.

Le premier Sommet des Amériques qui s'est tenu à Miami en 1994, a discuté des processus nationaux de réforme sectorielle. Entre autres, le Sommet a convoqué une réunion spéciale des gouvernements, des bailleurs de fonds intéressés et des agences de coopération technique internationale, réunion organisée conjointement par l'OPS, la Banque interaméricaine de Développement et la Banque mondiale pour établir le cadre conceptuel de ces processus, définir le rôle de l'OPS dans le suivi et l'évaluation des plans et programmes de réforme sectorielle dans les pays de la Région et renforcer le réseau de l'économie de la santé.

La réunion a pris place au siège de l'OPS/OMS en septembre 1995, et on a pu y constater un intérêt croissant des pays, des agences et autres organisations de coopération travaillant dans la Région, pour les stratégies de réforme, les politiques, les instruments et les résultats. Depuis lors, les autorités nationales et les organismes internationaux, ainsi que les autres acteurs concernés demandent fréquemment des informations concernant les objectifs, les plans et programmes, la dynamique, les contenus, les instruments et les expériences institutionnelles et individuelles dans les différents domaines qui font partie des réformes. Jusqu'à une époque récente, une grande partie de cette information était inédite ou alors sa diffusion se limitait à des milieux très restreints.

Le Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD38.R14 (1995) qui, entre autres choses, demande au Directeur "que selon les indications du Sommet des Amériques et compte tenu des discussions de la Réunion spéciale sur la réforme du secteur de la santé, il continue à travailler avec les Etats Membres et d'autres agences à l'élaboration d'un processus de suivi de la réforme du secteur de la santé dans les Amériques".

Le 39^e Conseil directeur (1996) a fait rapport de l'état d'avancement des activités concernant la réforme du secteur de la santé dans les Amériques. Le Conseil directeur a confirmé l'importance de la réforme sectorielle en tant que stratégie destinée à rendre les systèmes de santé plus équitables, plus efficaces et plus effectifs, et a exhorté les Etats Membres à réaffirmer leur engagement politique à la réforme du secteur de la santé. Il a reconnu la nécessité de la coordination, de l'appui extérieur, du respect des autonomies nationales et de l'échange des expériences concernant les processus nationaux de réforme du secteur de la santé.

L'année 1997 a vu le lancement de l'Initiative de réforme du secteur de la santé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Il s'agit d'un projet sur cinq ans (1997-2002) auquel se joignent l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Data for Decision-making (DDM), Family Planning Management Development (FPMD), l'OPS, et Partnership for Health Sector Reform (PHR). Son objectif principal est d'assurer un appui régional pour promouvoir l'accès équitable à des services de soins de base de qualité dans la Région des Amériques.

Par le biais de l'Initiative de réforme du secteur de la santé, l'USAID et l'OPS s'efforcent d'identifier un grand nombre de personnes et d'institutions intervenant dans la réforme du secteur de la santé, dans le but de contracter des alliances pour créer et partager les connaissances dans l'ensemble de la Région. C'est dans le cadre de cette Initiative qu'ont été élaborés la *Méthodologie de suivi et d'évaluation des réformes du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes* et le *Système d'information et d'analyse de la réforme du secteur de la santé* (SINAR), qui cherchent à rassembler et diffuser l'information portant sur les efforts de réforme sectorielle en matière de santé dans les Amériques.

2. Elaboration de la *Méthodologie* de suivi et d'évaluation des réformés du secteur de la santé

2.1 *Cadre conceptuel*

La réforme sectorielle de la santé dans la Région des Amériques s'inscrit dans un processus destiné à introduire des changements substantiels dans différentes instances et fonctions du secteur, dans l'objectif d'accroître l'équité des prestations du système de santé, l'efficacité de sa gestion et l'effectivité de ses actions pour satisfaire de cette façon les besoins de la population en matière de santé. Il s'agit là d'une phase intensifiée de transformation des systèmes sanitaires, phase réalisée au cours d'une période de temps déterminée et à partir de conjonctures qui justifient la réforme et lui donnent sa raison d'être.

En fait, la réalité dans ce domaine diffère largement d'un pays à l'autre de la Région, et on peut constater des variations importantes dans la dynamique tout comme dans les contenus des changements que la majorité des pays sont en train d'introduire.

L'équité, la qualité, l'efficacité, la viabilité et la participation sociale constituent les principes directeurs de l'OPS vis-à-vis de la réforme sectorielle. Ce sont tous des concepts qui permettent de juger de l'orientation des réformes en cours ou prévues par rapport à l'objectif final déclaré. Ainsi, aucune réforme ne devrait s'opposer à ces principes et la "réforme idéale" serait celle grâce à laquelle ces cinq concepts se seraient améliorés à l'achèvement du processus. Chacun de ces concepts peut à son tour se subdiviser en une série de variables auxquelles il est possible d'associer des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs adaptés aux conditions de chaque pays et qui peuvent aider à évaluer le niveau de réalisation des objectifs de la réforme.

2.2 Processus d'élaboration de la méthodologie

Le processus de préparation de la *Méthodologie* démarre en octobre 1997 avec l'élaboration de la "Ligne de base pour le suivi et l'évaluation de la réforme sectorielle". Cette ligne de base est appliquée dans 17 pays¹ de la Région².

Sur la base de cette expérience s'est déroulé un processus qui envisageait les étapes suivantes :

- élaboration d'une première version de la *Méthodologie* par le personnel de la Division du développement des systèmes de services de santé de l'OPS, avec la collaboration du personnel de la Division de la santé et du développement humain et de la Division de la promotion et de la protection de la santé de l'OPS;
- preuve de faisabilité dans cinq pays (Chili, El Salvador, Jamaïque, Pérou et République dominicaine), ainsi que les contributions des Représentations de l'OPS dans huit autres pays (Argentine, Colombie, Cuba, Guyane, Mexique, Panama, Paraguay et Uruguay);

¹ Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Equateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Surinam.

² Les rapports par pays ont été publiés en anglais et en espagnol comme une des publications de l'Initiative régionale de réforme du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes. On peut les trouver sur la page Web de l'Initiative www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm.

- réunion de consultation internationale, qui s'est tenue au siège de l'OPS à Washington, D.C., en mai 1998;
- élaboration de la version de la *Méthodologie* actuellement utilisée;
- intégration de cette version dans les "Lignes générales pour l'élaboration des profils de systèmes de services de santé dans les pays de la Région";
- révision de la *Méthodologie* sur la base de l'expérience de son application dans 17 pays, réalisée en avril 1999 au siège de l'OPS avec la participation d'experts dans ce domaine thématique. Il convient de souligner que l'élaboration de cet instrument a toujours été envisagée dans le cadre d'un processus d'amélioration constante dans lequel sont incorporés au fur et à mesure les changements nécessaires au vu de son utilisation et de l'expérience acquise en la matière.

2.3 *Qu'est-ce que la Méthodologie*

La *Méthodologie* est un instrument qui cherche à aider les décideurs aux niveaux national et sous-national des pays ainsi que les agences de coopération technique qui leur apportent leur soutien, à produire un rapport qui soit le plus objectif possible, maniable et facile à remettre à jour, qui assure le suivi et procède aux évaluations des réformes du secteur de la santé.

La *Méthodologie* s'est développée simultanément à la préparation des "Lignes générales pour l'élaboration des profils de systèmes de services de santé dans les pays de la Région". Même s'ils peuvent être utilisés séparément, le suivi et l'évaluation des processus de réforme bénéficient largement des résultats de l'analyse antérieure, que ce soit du contexte dans lequel fonctionnent les systèmes de services de la santé, comme de l'organisation générale, des ressources et des fonctions desdits systèmes. A l'inverse, dans la majorité des pays, il serait impossible d'analyser la fonction du système et des services de santé sans incorporer les effets, qu'ils soient potentiels ou réels, des réformes prévues ou en cours.

2.4 *A qui s'adresse la Méthodologie*

Les utilisateurs potentiels de la *Méthodologie* sont nombreux : les professionnels qui travaillent dans les domaines de la planification et de l'administration de systèmes et de services de santé au niveau national et aux niveaux sous-nationaux; les professionnels de terrain ou du siège des organismes de coopération technique et financière et des ONG; les dirigeants et les cadres d'autres institutions publiques et privées du secteur, ou

apparentées au secteur; et les instituts d'enseignement et de recherche se rapportant au secteur.

2.5 *Quelles sont les informations qu'utilise la Méthodologie*

Elle utilise principalement les informations qui sont déjà disponibles, en favorisant les informations institutionnelles publiées dans des sources officielles nationales. Ensuite, les informations publiées par les organismes internationaux de coopération technique et/ou financière (dont l'OPS elle-même). En troisième position viennent les informations non publiées provenant de sources officielles nationales, à la condition que leur utilisation soit autorisée. Et enfin, les informations publiées dans des sources non officielles qui sont considérées comme étant pertinentes (par exemple, des articles signés).

3. *Contenu du cadre méthodologique pour le suivi et l'évaluation des processus de réforme sectorielle*

La *Méthodologie* comporte des variables et des indicateurs pour lesquels sont utilisées des informations qualitatives et quantitatives. En ce qui regarde les informations quantitatives, sont utilisées fondamentalement celles qui s'avèrent être disponibles dans la majorité des pays. Pour ce qui est des informations qualitatives, le questionnaire utilisé s'efforce d'être explicatif et de suggérer la portée approximative que le thème pourrait occuper dans le Profil.

La *Méthodologie* comprend deux chapitres principaux, l'un portant sur le suivi du processus de réforme, et l'autre sur l'évaluation des résultats.

3.1 *Suivi des processus*

3.1.1 *Leur dynamique*

Les réformes constituent des processus dans lesquels il est possible de distinguer, avec le passage du temps, des moments divers et un grand nombre d'acteurs. En ce qui concerne les moments divers, la *Méthodologie* cherche à distinguer la genèse, ou "origine lointaine", l'élaboration ou "origine immédiate", la négociation, l'exécution et l'évaluation de résultats du processus de réforme. Dans le cas des acteurs, elle cherche à distinguer à la fois ceux qui agissent essentiellement dans l'environnement de la société en général, et ceux qui agissent essentiellement dans l'environnement du secteur, que ce soit à niveau national ou international.

3.1.2 *Leur contenu*

Dans ce contexte, la *Méthodologie* recherche des informations concernant les stratégies élaborées et les actions qui ont effectivement été entreprises. Elle pose des questions sur le cadre juridique, le droit aux soins de santé et l'assurance, la juridiction du secteur de la santé, la séparation des fonctions, les modalités de décentralisation, la participation et le contrôle sociaux, le financement et les dépenses, l'offre de services, le modèle de gestion, les ressources humaines et la qualité et l'évaluation des technologies de la santé.

3.2 *Evaluation des résultats*

L'objectif de l'évaluation consiste à s'efforcer d'analyser jusqu'à quel point la réforme sectorielle peut-elle contribuer à améliorer les niveaux d'équité, d'effectivité et de qualité, d'efficacité, de viabilité et de participation sociale des systèmes et services de santé et dans les systèmes et services de santé.

3.2.1 *Equité*

L'équité dans les conditions de santé implique qu'il faut réduire au minimum possible les différences évitables et injustes; l'équité dans les services de santé implique qu'il faut recevoir les soins en fonction de la nécessité (équité d'utilisation, de couverture et d'accès) et qu'il faut contribuer financièrement en fonction de la capacité de payer (équité financière).

La *Méthodologie* vérifie les preuves de ce que la réforme sectorielle a amélioré les variables et les indicateurs relatifs à l'accès, à la couverture, à la distribution et à l'utilisation des ressources.

3.2.2 *Effectivité et qualité*

L'effectivité et la qualité technique impliquent que les usagers des services reçoivent une assistance adéquate, efficace, sûre et opportune; la qualité implique que les usagers reçoivent les services dans des conditions matérielles, affectives et éthiques qui répondent à leurs attentes raisonnables.

La *Méthodologie* vérifie les preuves de ce que la réforme sectorielle a amélioré les variables et les indicateurs relatifs à la morbidité, la mortalité, la qualité technique et la façon dont la qualité est perçue.

3.2.3 *Efficacité*

L'efficacité implique la relation favorable entre résultats obtenus et coûts des ressources utilisées à cette fin. L'efficacité s'analyse sur deux dimensions : celle relative à l'affectation des ressources et celle relative à la productivité des services. Les ressources sont affectées d'une manière efficace si elles produisent les gains maximums possibles en termes de santé par unité de coût. Elles sont utilisées de manière efficace quand s'obtient la plus grande quantité possible de production avec un coût donné.

La *Méthodologie* vérifie les preuves de ce que la réforme sectorielle a amélioré les variables et les indicateurs relatifs à l'affectation et à la gestion des ressources.

3.2.4 *Viabilité*

La viabilité détient une dimension sociale et également une dimension financière et on peut la définir comme étant la capacité du système à résoudre ses problèmes présents de légitimité et de financement, ainsi que sa capacité à relever les défis de son maintien et de son développement à long terme.

La *Méthodologie* vérifie les preuves de ce que la réforme sectorielle a amélioré la légitimation et/ou l'acceptabilité par la société des principales institutions prestataires de services de santé; la viabilité financière à moyen terme des efforts d'accroissement de la couverture des soins de santé; la capacité des principales institutions du sous-secteur public d'ajuster les recettes et les dépenses dans le secteur de la santé; le pourcentage de centres de soins et d'hôpitaux ayant la capacité d'imputer le tiers payant; et la capacité de gestion des emprunts extérieurs et, quand besoin en est, leur remplacement par des ressources nationales quand ces emprunts sont arrivés à expiration.

3.2.5 *Participation*

La participation sociale s'apparente aux procédures pour faire en sorte que la population générale et les différents agents influent sur la planification, la gestion, la prestation et l'évaluation des systèmes et des services de santé et qu'ils bénéficient des résultats de cette influence.

La *Méthodologie* vérifie les preuves de ce que la réforme sectorielle a contribué à accroître le niveau de participation et de contrôle social dans les différents niveaux et fonctions du système de services de santé.

4. Application de la *Méthodologie*

La *Méthodologie* a été mise en application dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. A ce jour, les profils des systèmes de services de santé (qui comportent la partie sur le suivi et l'évaluation des réformes sectorielles) sont achevés dans les pays suivants : Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Equateur, Guatemala, Guyane, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Trinité et Tobago.³

A titre d'exemple, les résumés de quelques-uns de ces pays sont présentés ci-dessous. Ces résumés permettent de se former une idée de l'information que l'on obtient en appliquant la *Méthodologie*.

4.1 Argentine

Initiée en 1992, la réforme du secteur est compatible avec les réformes économiques de l'Etat et elle s'inscrit dans les politiques nationales de la santé. D'une façon formelle, le Gouvernement a choisi de mettre en place une stratégie de changement lente et progressive dont l'orientation générale est de renforcer le rôle régulateur des autorités sanitaires centrales et provinciales. Le Ministère de la Santé et de l'Assistance Sociale (MSAS) a joué un rôle de chef de file dans la réforme sectorielle grâce au leadership technique établi dans les politiques nationales de la santé.

Les lignes principales de la réforme sectorielle ont été les suivantes : la création de l'Hôpital public d'autogestion (HPA); le début de la reconversion des Œuvres sociales (OS) avec un soutien financier extérieur; la formulation d'un cadre réglementaire pour le sous-secteur privé; l'obligation d'offrir un ensemble de prestations de base (le Programme médical obligatoire) aux bénéficiaires des OS et des Entreprises de médecine prépayée (EMP) qui souscrivent à la réforme sectorielle; la création du Programme national de garantie des soins médicaux; et le démarrage d'actions sanitaires soutenues et concertées de promotion et de protection de la santé, destinées particulièrement aux populations à risque potentiel.

On peut dire que la réforme sectorielle a restructuré l'organisation du cadre de la santé, qu'elle a sauvé le rôle de l'hôpital public comme prestataire de services, qu'elle a introduit de nouveaux procédés et organismes responsables du contrôle, de la réglementation et de la fiscalisation de la qualité des soins de santé, qu'elle a adapté un régime de couverture obligatoire, qu'elle a introduit le choix libre du tiers payant entre les OS et enfin, qu'elle a modifié les relations entre les différents acteurs du secteur.

L'analyse de la contribution de ces réformes à l'amélioration des niveaux d'équité, d'effectivité, de qualité, d'efficacité, de viabilité et de participation aux services

³ Accessibles à la page Web www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index.htm.

de santé nécessite des progrès supplémentaires dans leur développement pour permettre une évaluation de leur impact sur les soins de santé.

4.2 Guatemala

Le Gouvernement a impulsé le Système intégral des soins de santé (SISS) dans le but d'accroître la couverture des services. Ce système s'efforce d'assurer une enveloppe de services de base à la population qui en est actuellement privée. Le SISS s'appuie sur un réseau de travailleurs communautaires et sur la sous-traitance aux ONG pour la prestation des services.

Le SISS constitue l'initiative la plus importante du Programme de modernisation des services de santé qui se développe au Guatemala avec le soutien financier d'un prêt de la Banque interaméricaine de Développement (BID).

Il est prématuré d'évaluer l'impact de la réforme du secteur de la santé au Guatemala car il s'agit là d'un processus qui a démarré récemment. Toutefois, les actions entreprises jusqu'à présent semblent avoir amélioré l'accès aux soins du fait du rapprochement des prestataires des communautés et de l'aiguillage des patients aux centres d'assistance quand besoin en est. Ces modifications peuvent potentiellement corriger les inégalités dans le domaine de la santé qui sur un plan historique ont affecté la population rurale et indigène.

4.3 Honduras

La proportion considérable de population rurale et urbaine dans un état d'extrême pauvreté, l'inaccessibilité aux services en raison de l'importante dispersion géographique de la population et l'insuffisance des ressources financières pour garantir une couverture plus large et meilleure constituent les trois grands problèmes qui affectent l'efficacité du réseau des établissements publics de santé.

L'accumulation croissante de ces problèmes et d'autres, et leurs effets négatifs sur la santé de la population ont favorisé des initiatives de réforme du secteur. En mai 1993 a été ainsi impulsé le programme de "Modernisation du système des services de santé", destiné à modifier l'interaction entre les niveaux de soins et autres instances publiques et privées. Avec le "Processus national d'accès" au cours de la période 1994-1998, l'administration des réseaux de services s'est démocratisée, en impulsant la décentralisation et la participation sociale, et l'accès aux services de santé a augmenté. Devant la nécessité de renforcer la capacité de gestion, une transformation substantielle du modèle de soins et la reformulation de systèmes et de processus ont commencé à partir

de 1998, lesquelles se sont concrétisées dans un document de politique de la santé qui précise que la réforme sectorielle constitue le “nouvel ordre du jour dans la santé” (NOS).

Le NOS possède deux axes fondamentaux (promotion et éducation de la santé, et garantie et amélioration de la qualité), sept composantes essentielles (gestion et réglementation; départementalisation et réorganisation du modèle de soins; évaluation des problèmes de santé et consolidation de plans et de programmes; valorisation des ressources humaines; politique des médicaments; environnement et santé, et systèmes d'information) et six stratégies de dynamisation (supervision, suivi et évaluation; décentralisation et cogestion de la santé; infrastructure, entretien et technologie; relations intersectorielles; viabilité financière; et modernisation administrative).

Jusqu'à présent, on ne dispose que de peu d'information permettant d'évaluer les résultats des différentes étapes de la réforme sectorielle au Honduras. Les faits dont on dispose ne permettent pas d'affirmer que, jusqu'à présent, la réforme sectorielle a amélioré l'équité dans les conditions de santé ou dans l'accès aux services, ou encore, l'efficacité de la gestion des ressources par les établissements publics. Il existe quelques signes indiquant que la réforme sectorielle peut avoir contribué à améliorer la capacité technique des hôpitaux publics de quelques régions, la capacité de choix des soins primaires par les usagers, la légitimation des établissements de soins et la participation et le contrôle social.

4.4 *Mexique*

En 1996 a été dévoilé le Programme de réforme du secteur de la santé 1995-2000, dont les objectifs sont les suivants : établir des instruments pour promouvoir la qualité et l'efficacité de la prestation des services; élargir la couverture des institutions de sécurité sociale en facilitant l'adhésion de la population non salariée et de l'économie informelle; conclure le processus de décentralisation des services de santé qui soignent la population ouverte; et élargir la couverture des services à la population marginale des zones rurales et urbaines dont l'accès actuel aux soins est limité ou inexistant.

A la fin de 1997 s'est achevé le transfert de ressources humaines (103 000 travailleurs), d'infrastructure (7 400 bâtiments) et ressources financières (6 132 millions de pesos) à tous les états de la République. Ce transfert cherche à apporter une définition plus claire des objectifs, des responsabilités et des systèmes d'évaluation dans les états pour aboutir à de meilleures politiques de la santé alors que le Secrétariat à la Santé accorde de la priorité aux fonctions normatives et de coordination. Le programme d'élargissement de la couverture (PEC) se développe également, en se basant sur une enveloppe de base de services de santé dans les zones où la marginalisation est importante.

Le programme de réforme du secteur de la santé envisage des actions spécifiques de deux manières : a) encourager et faciliter l'adhésion volontaire aux services de sécurité sociale et mettre en œuvre l'assurance santé pour la famille, et b) procurer aux groupes de population marginale les services de santé essentiels au moyen de l'enveloppe de base. A la mi 1998, le responsable de la SSA a affirmé publiquement que grâce au PEC, sept millions de Mexicains qui avant 1995 n'avaient accès à aucun type de service de santé, avaient reçu des soins. Selon la même source, il restait à assurer les services de soins à trois millions d'habitants vivant principalement dans les états de Chiapas, Guerrero, Hidalgo et Oaxaca.

4.5 Panama

Même si elle est de portée nationale, la réforme sectorielle a commencé dans les régions de Salud de San Miguelito, Metropolitana et Coclé. Trois lois constituent la base juridique de la réforme sectorielle, lois qui facilitent la séparation des fonctions, le renforcement du travail intrasectoriel et la participation sociale. De même s'effectuent des changements dans la structure nationale et sous-nationale du sous-secteur public. Le développement d'un nouveau modèle de soins familiaux, communautaires et ambiants a été entrepris. Il comporte la stratification des niveaux de soins et la mise en opération d'un système d'aiguillage et de contre-aiguillage entre le niveau communautaire et les niveaux de soins primaire et secondaire.

Dans la région de San Miguelito, l'Hôpital San Miguel Arcángel a introduit les engagements de gestion et les contrats-programmes pour les soins de santé. Cet hôpital utilise des critères d'entreprise et d'autogestion.

Le pays travaille également à l'élaboration des procédures pour l'accréditation des établissements de soins, ainsi qu'au développement des processus de garantie de la qualité. Ces procédures comportent des mécanismes pour l'évaluation des technologies et la réglementation de dispositifs et d'équipement médical.

Le processus de réforme en est encore à ses premiers pas, raison pour laquelle il n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Il est prévu d'effectuer une évaluation de la réforme en l'an 2000, pour laquelle a été demandée la coopération technique de l'OPS à la formulation et à l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation.

4.6 Paraguay

Au titre de la stratégie de réforme du secteur de la santé, une loi a été promulguée en décembre 1996, portant création du Système national de la santé (SNS), dont l'objectif est d'accorder les soins de santé à toutes les personnes avec équité, convenance, efficacité

et sans discrimination, au moyen d'actions de promotion, de récupération et de réhabilitation. Des efforts sont également accomplis pour rationaliser l'utilisation des ressources disponibles et établir des relations intrasectorielles et intersectorielles.

La loi confère la coordination et le contrôle des plans, des programmes et des activités des institutions publiques et privées de la santé au Conseil national de la santé (CNS), présidé par le Ministre de la Santé, et auquel participent toutes les institutions du secteur et autres organismes apparentés. La loi crée une série d'entités dépendantes du SNC, telles que la Superintendance nationale de la santé (SUPNS), la Direction médicale nationale et le Fonds national de la santé (FNS) (pas encore réglementé). A la suite de cette loi, un décret a établi les nouvelles fonctions et le modèle organisationnel du Ministère de la Santé Publique et du Bien-être Social (MSP et BS). Le FNS assumera les fonctions de financement du secteur et des mesures destinées à modifier la composition du financement sectoriel seront étudiées par le nouveau Gouvernement qui a pris ses fonctions en août 1998 lorsque sera discutée l'exécution du FNS. La SUPNS assumera la supervision et le contrôle des fonctions de l'assurance et les institutions publiques et privées seront responsables de la prestation des services.

Le MSP et BS transfère aux municipalités les ressources physiques et financières qui seront administrées par les Conseils locaux de la santé (CLS). Ce transfert, qui exclut les ressources humaines, s'effectue par l'intermédiaire de la signature "d'Accords d'engagement". La participation sociale est à la fois un objectif et une stratégie de la réforme sectorielle et elle se matérialise par le truchement des Conseils régionaux de la santé (CRS) et les CLS.

Jusqu'à présent des changements ne sont pas produits dans la formation, la planification et la gestion de la valorisation des ressources humaines pour répondre aux besoins de la réforme sectorielle. Un processus de restructuration de l'Institut national de la santé (INS) est en cours, dont le but est d'en faire l'organisme directeur du développement de la valorisation des ressources humaines.

La réforme sectorielle au Paraguay en est à sa phase initiale et il est prématuré d'en évaluer les résultats. Toutefois, quelques études réalisées récemment (par ex., "Analyse du secteur de santé du Paraguay" et "Etude sectorielle de l'eau et de l'assainissement") pourront servir de base d'évaluation ex-ante.

4.7 République dominicaine

Au début de la décennie des années 1990 a été entreprise la formulation d'un processus de réforme du secteur de la santé, destiné à résoudre les problèmes de

centralisation de la gestion dont la capacité était limitée pour développer la réforme, et dont le cadre réglementaire et de supervision était insuffisant, entre autres problèmes.

Un processus de réforme sectorielle a démarré à partir de 1996, avec l'appui de la participation de différents acteurs de la société civile. Il s'est traduit par deux projets financés par la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de Développement ainsi que d'autres coopérants bilatéraux pour un montant d'environ US\$ 120 millions.

Les objectifs principaux de la réforme sectorielle sont les suivants : i) réformer le système de sécurité sociale; ii) promouvoir la déconcentration et la décentralisation du sous-secteur public; iii) définir une enveloppe de prestations de base d'accès universel; iv) renforcer les mécanismes de financement mixte public-privé, sur la base d'un contexte de solidarité; v) introduire des mécanismes d'assurance et de prestations publics-privés; vi) stimuler l'autogestion des hôpitaux; et vii) renforcer le rôle régulateur de l'Etat.

La Commission exécutive pour la réforme du secteur de la santé a été créée pour mener à bien le processus de réforme sectorielle.

Jusqu'à présent les Directions de santé provinciales (DSP), ont été établies en tant qu'organismes déconcentrés de gestion de la SESPAS, et un nouveau modèle de soins a été élaboré.

Un groupe technique interinstitutions s'est constitué récemment. Il élaborera les méthodologies les plus appropriées pour le suivi et l'évaluation du processus de réforme sectorielle dans le pays.

5. Etapes suivantes

Pendant l'année en cours, il est prévu d'appliquer la *Méthodologie* à tous les pays de la Région. Pour ce qui est de la périodicité de son utilisation, il est envisagé d'actualiser l'information au moins chaque deux ans, ou quand les circonstances des changements qui se sont produits le recommandent.

Les tâches principales considérées pour le développement de la *Méthodologie* et du système d'information et d'analyse de la réforme du secteur de la santé se conjuguent avec :

- L'établissement d'un système d'information et d'analyse de la réforme du secteur de la santé qui appuie efficacement les autorités sanitaires des pays de la Région dans la prise de décisions relatives aux processus de réforme.

- Mise en place d'un processus d'analyse comparative de l'information découlant de l'application de la *Méthodologie* pour qu'il produise des connaissances véritablement utiles dans le contexte du paragraphe antérieur.
- Les progrès dans l'intégration des bases de données et les analyses démographiques et épidémiologiques apparentés aux origines de la zone de développement des systèmes et des services.
- Le renforcement de l'évaluation de l'impact des réformes sectorielles en termes de diminution des failles du système de couverture, d'articulation des réseaux, de l'accès équitable et de l'effectivité des interventions.

Annexe



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



124^e SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 21-25 juin 1999

CD41/14 (Fr.)
Annexe

RESOLUTION

CE124.R8

SURVEILLANCE ET EVALUATION DES PROCESSUS DE LA REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE

LA 124^e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant vu le document sur la surveillance et l'évaluation des processus de réforme du secteur de la santé, document présenté par le Directeur (document CE124/17),

DECIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution libellée dans les termes suivants :

LE 41^e CONSEIL DIRECTEUR

Ayant vu le document sur la surveillance et l'évaluation des processus de réforme du secteur de la santé (document CD41/14); et

Tenant compte du fait que, lors du Sommet des Amériques en 1994 et lors de la Réunion spéciale sur la réforme du secteur de la santé en 1995, avec la participation d'un comité interorganisations des Nations Unies et d'organismes de collaboration multilatérale et bilatérale, les gouvernements de la Région ont trouvé qu'il était nécessaire de mettre au point un processus de suivi de la réforme du secteur de la santé,

DECIDE :

1. De reconnaître les efforts des Etats Membres et de l'OPS pour concevoir et exécuter la *Méthodologie de suivi et d'évaluation des réformes du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes*.
2. De prier instamment les Etats Membres:
 - a) d'adopter et d'utiliser la *Méthodologie* et de continuer à collaborer aux fins de son amélioration;
 - b) d'institutionnaliser la surveillance et l'évaluation de leurs processus de réforme du secteur de la santé et d'appliquer des politiques qui tiennent compte des résultats de ces processus.
3. De demander au Directeur :
 - a) de continuer à améliorer la *Méthodologie de suivi et d'évaluation des réformes du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes*;
 - b) de continuer les activités de collaboration qui soutiennent l'application de la *Méthodologie* et la réalisation de la réforme du secteur de la santé;
 - c) de préparer des rapports périodiques sur les progrès faits et les problèmes rencontrés lors des processus de réforme sectorielle de la Région;
 - d) de promouvoir la création de réseaux de communication et le partage d'expériences concernant la réforme du secteur de la santé entre les gouvernements, le secteur privé, les institutions et les autres parties concernées.

(Adoptée lors de la septième séance, le 24 juin 1999)