INITIATIVE « LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES AMÉRIQUES »

Mesure de la performance
des fonctions essentielles
de santé publique

Guide pour l'application de l'instrument
de mesure de la performance des
fonctions essentielles de santé publique

Organisation panaméricaine de la santé /
Organisation mondiale de la santé

CDC
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Claiss
Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud

GUIDE POUR L'APPLICATION DE L'INSTRUMENT DE MESURE DE LA PERFORMANCE DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LES PAYS DES AMÉRIQUES

1. Brève description de l'initiative « La santé publique dans les Amériques » 3

1.1 Bases conceptuelles de l'initiative « La santé publique dans les Amériques » 3

1.2 Définition des fonctions essentielles de santé publique 4

1.3 Les FESP et la prestation de services 5

1.4 Historique de l'initiative « La santé publique dans les Amériques » 5

1.5 Définition des FESP pour la région des Amériques 6

2. But de l'application de l'instrument de mesure des FESP dans les différents pays 9

2.1 Définition des standards de performance des FESP 10

2.2 Accords régionaux pour soutenir l'initiative « La santé publique dans les Amériques » 11

3. L'instrument de mesure des FESP pour la Région des Amériques 13

3.1 Sections de l'instrument 14

3.2 Analyse des résultats de la mesure 17

3.3 Identification des sphères d'intervention prioritaire pour le plan de développement institutionnel 22

4. Processus d'application de l'instrument dans les pays de la Région 23

4.1 Participants à l'exercice de mesure 23

4.2 Préparation du processus d'application de l'instrument dans les différents pays 26

4.3 Déroulement du processus d'application de l'instrument 30

4.4 Composition des groupes 32

4.5 Application de l'instrument dans les différents pays 33

5. Logiciel de traitement du score de la mesure 34

6. Élaboration du rapport final 38

7. Évaluation de l'exercice d'application de l'instrument 39

1. Brève description de l'initiative « La santé publique dans les Amériques »

Le but de l'initiative « La santé publique dans les Amériques » est d'améliorer la pratique de la santé publique aux niveaux nationaux et sous-nationaux, condition nécessaire pour renforcer le leadership des autorités sanitaires par rapport à l'ensemble du système de santé. Les objectifs du projet sont les suivants :

- Promouvoir une vision commune de la santé publique et des fonctions essentielles de santé publique dans les Amériques ;
- Développer un cadre d'évaluation de l'exercice des fonctions essentielles de santé publique dans les pays de l'hémisphère ;
- Mener une évaluation de la pratique de la santé publique dans chacun des pays des Amériques en mesurant le degré de performance des fonctions essentielles de santé publique ;
- Élaborer un plan d'action pour l'hémisphère en vue de renforcer l'infrastructure de santé publique et d'améliorer la pratique de la santé publique ;
- Éditer un livre intitulé « L'état de la santé publique dans les Amériques », qui sera publié à la fin de l'année 2001 ; il contiendra les principaux produits élaborés par le projet et fournira une évaluation du degré de développement des fonctions essentielles de santé publique dans les Amériques.

Cette initiative, est coordonnée par la Division du développement des systèmes et des services de santé (HSP) de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). Elle implique toutes les unités techniques du siège social de l'OPS, ainsi que les représentations de l'Organisation dans les différents pays. Le projet a bénéficié de la collaboration du Dr Carlyle Guerra de Macedo, directeur émérite de l'Organisation, responsable du développement d'un cadre conceptuel pour l'initiative, et s'appuie sur le travail conjoint d'experts de l'OPS, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des Etats-Unis (CDC) et du Centre latino-américain de recherche en systèmes de santé (CLAISS). Au cours de l'élaboration de l'initiative, de nombreux experts en santé provenant du milieu de l'enseignement, de sociétés scientifiques et d'organisations internationales ont été consultés. Ils ont constitué un réseau qui a constamment rétroagit au cours du développement du projet.

1.1 Bases conceptuelles de l'initiative « La santé publique dans les Amériques »

La définition des fonctions essentielles de santé publique (FESP) s'appuie sur le concept de santé publique en tant qu'action collective de l'État et de la société civile pour protéger et améliorer la santé des individus et des communautés. C'est une notion qui va plus loin que les interventions de base auprès de la population ou des interventions communautaires. Elle inclut aussi la responsabilité d'assurer l'accès à des soins de santé de qualité. Ce n'est pas une approche de santé publique en tant que discipline d'enseignement mais en tant que pratique sociale interdisciplinaire. Selon cette approche, la santé n'est pas un synonyme de responsabilité de l'État en matière de santé, étant donné que le travail dans ce domaine va

au-delà des tâches propres à l'État et ne comprend pas tout ce que celui-ci peut et doit faire dans le domaine de la santé.

L'initiative « La santé publique dans les Amériques » prétend éviter la confusion fréquente entre le rôle de l'État dans le secteur de la santé, normalement exercé par les ministères de la Santé, et la responsabilité de l'État comme garant de l'exercice approprié des FESP. Même si celui-ci joue un rôle dans la prestation directe des services et la mise en pratique des FESP qui ne peut être délégué, ce rôle ne représente qu'une partie de ses responsabilités en matière de santé. Il s'agit cependant d'une partie indispensable non seulement pour améliorer le niveau de la santé et de la qualité de vie de la population, mais aussi parce qu'elle représente une portion importante de son rôle en matière de direction, de réglementation, de contrôle du financement sectoriel, de surveillance de la qualité et de l'harmonisation de la prestation des services de santé. Le projet s'appuie sur la conviction que l'autorité de l'État en santé est plus légitime et mieux exercée dans la mesure où la performance des FESP est adéquate.

1.2 Définition des fonctions essentielles de santé publique

Les FESP sont définies comme les conditions permettant d'améliorer la pratique de la santé publique. Une des décisions les plus importantes prises au cours de l'élaboration de l'initiative « La santé publique dans les Amériques » est reliée au besoin d'adopter une définition des indicateurs et des standards pour la mesure de la performance des FESP, de façon à renforcer la pratique de la santé publique en augmentant les capacités institutionnelles nécessaires. Cette approche semble préférable à une méthodologie incluant à la fois les fonctions et les domaines d'action de la santé publique. Si les fonctions sont bien définies afin d'y inclure toutes les compétences requises pour une pratique appropriée de la santé publique, le bon fonctionnement de chaque domaine de travail de la santé publique sera assuré, tel qu'illustré à la Figure 1.

Figure 1 : Fonctions essentielles et domaines d'action de la santé publique

Domaines d'application des FESP / FESP	Santé environnementale	Santé au travail	Santé maternelle et infantile (SMI)	Maladies chroniques	Autres
Exemples					
1. Surveillance de l'état de santé	Surveillance des risques environnementaux	Surveillance des risques dans les lieux de travail	Surveillance des risques sanitaires dans les problèmes de SMI	Surveillance des risques sanitaires dans les maladies chroniques	
2. Réglementation et contrôle	Surveillance de l'application des normes environnementales	Surveillance des lois sur la protection de la santé des travailleurs	Surveillance de l'application des lois protégeant la mère et l'enfant	Surveillance de l'application des règlements favorisant des comportements sains	
3. Etc.					

1.3 Les FESP et la prestation de services

Il est difficile d'établir une séparation nette entre les responsabilités propres en matière de santé publique dans la gestion des services en prévention des maladies et en promotion de la santé chez des groupes de populations précis et celles qui sont reliées à l'organisation des services curatifs individuels.

L'accent qui est mis dans chaque cas est sans doute différent. Il est de l'essence même du patrimoine de la santé publique de se consacrer à la première des fonctions ci-haut mentionnées. En ce qui concerne la deuxième, ses responsabilités essentielles ont trait davantage à la préoccupation de l'accès équitable aux services, la garantie de sa qualité et l'inclusion de la perspective de santé publique dans l'orientation des services de santé individuels. Voilà pourquoi une des FESP définies comme faisant partie de l'initiative vise le renforcement de la capacité de l'autorité sanitaire à garantir l'accès équitable de la population aux services de santé et ne considère pas la prestation de tels services comme une fonction essentielle de santé publique.

1.4 Historique de l'initiative « La santé publique dans les Amériques »

Au cours des dernières années, de grands progrès ont été réalisés dans la recherche d'une meilleure définition des FESP et pour mieux mesurer la performance de celles-ci. Les plus importants sont l'étude Delphi de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme national de normes pour la performance de la santé publique des États-Unis (NPHPSP).

En janvier 1997, le Comité exécutif de l'OMS recommandait de promouvoir le développement conceptuel des FESP afin d'appuyer le renouvellement de la politique Santé pour tous en l'an 2000. Il a alors été décidé de mener une étude Delphi, dont le but était de redéfinir le concept des FESP et de parvenir à un consensus international sur les principales caractéristiques de ces fonctions. Dans le cadre de cette étude, 145 experts en santé

publique de différentes nationalités ont été consultées à trois reprises. Finalement, le groupe d'experts a défini neuf FESP, à savoir : *prévention, surveillance et contrôle des maladies transmissibles ; monitoring de l'état de la santé ; promotion de la santé ; santé au travail ; protection de l'environnement ; législation et réglementation en santé publique ; gestion en santé publique ; services spécifiques de santé publique ; soins de santé pour les groupes vulnérables et les populations à haut risque.*

En 1988, l'Institut de médecine des États-Unis, après plus de soixante ans d'efforts pour définir et mesurer la performance des fonctions essentielles de santé publique et évaluer le fonctionnement des agences de santé publique, a publié un rapport dans lequel trois groupes de fonctions étaient identifiés pour les organisations de santé publique *(évaluation, développement de politiques et garantie de protection de la santé).* En 1994, un comité de travail sur les principales fonctions de santé publique, composé de représentants des principales organisations de santé publique, sous la direction conjointe du directeur des CDC et du secrétaire adjoint au contrôle des maladies et à la promotion de la santé, a souligné la confusion engendrée par l'existence de différentes versions des « fonctions principales ». À la suite du rapport de ce comité, un sous-comité a été formé, dirigé par le Bureau des pratiques en santé publique et le Bureau de prévention des maladies et de promotion de la santé des CDC. Au cours de la même année, ce sous-comité a approuvé un document intitulé : « La santé publique aux États-Unis d'Amérique ».

Ce document identifie une *vision* (des gens sains dans des communautés en santé), ainsi qu'une *mission* favorisant la santé physique et mentale pour tous et prévenant les maladies et les handicaps. Il définit également les objectifs suivants en santé publique : *prévention des épidémies et de la propagation des maladies ; protection contre les atteintes à la santé causées par des facteurs environnementaux ; prévention des handicaps ; promotion de comportements sains ; réaction aux désastres et aide aux communautés sinistrées ; garantie de qualité et accès aux services de santé.* Dans le même document, dix « services essentiels » de santé publique[1] sont définis, allant de la « Surveillance du niveau de santé pour identifier les problèmes de santé dans la communauté » jusqu'à la « Recherche d'approches et de solutions innovatrices aux problèmes de santé ».

À l'heure actuelle, le gouvernement des États-Unis a instauré le Programme national de standards pour la performance de la santé publique (NPHPSP), dans le cadre duquel ont été élaborés des instruments pour mesurer la performance des FESP aux différents niveaux de la structure de l'autorité sanitaire du pays. Le modèle d'instrument utilisé dans ce programme est un point de référence important pour l'élaboration de l'instrument de mesure développé par l'initiative « La santé publique dans les Amériques ».

1.5 Définition des FESP pour la région des Amériques.

À ses débuts, le projet était axé sur l'étude des progrès qui aurait été réalisés dans la définition des FESP, en recherchant des domaines de convergence entre les diverses approches élaborées. Les résultats de cette analyse sont présentés à la Figure 2. Comme on

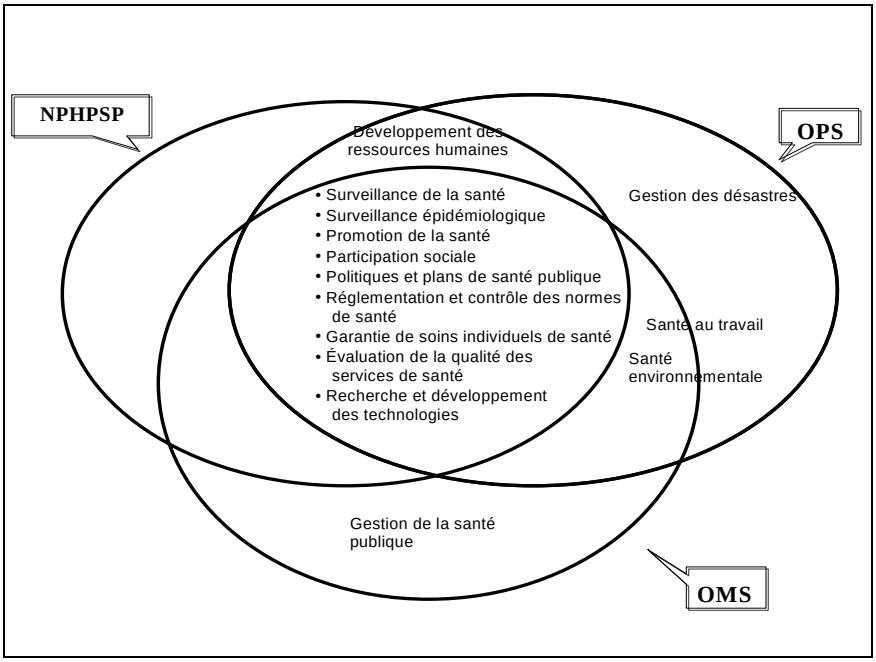
[1] Aux fins de l'initiative « La santé publique dans les Amériques », le terme « services essentiels de santé publique », consacré par le projet des États-Unis, est équivalent à « fonctions essentielles de santé publique » utilisé dans le projet.

peut le constater, à l'intersection des trois approches, il y a une importante convergence dans les définitions proposées par le NPHPSP, l'étude de l'OMS et celles établies auparavant par l'OPS.

Dans l'étude de l'OMS et dans les réflexions initiales de l'OPS, deux fonctions représentent d'importants domaines d'action en santé publique. En recourant à une approche fonctionnelle plutôt qu'à une approche de « domaine d'action », ces deux fonctions (santé environnementale et santé au travail) peuvent être traitées comme des domaines de travail de santé publique dans lesquels toutes les fonctions essentielles situées à l'intersection des trois approches doivent être appliquées pour améliorer la performance de la santé publique dans ces champs d'action. La gestion des désastres, quant à elle, implique des actions et des compétences très spécifiques qui ne sont pas communes aux autres fonctions essentielles et, par conséquent, peut être traitée comme une fonction séparée.

L'étude de l'OMS a défini une fonction spécifique pour la gestion en santé publique qu'il est important de mesurer dans la Région. Une définition apparaît également pour le développement des ressources humaines en santé publique qui est incluse comme FESP dans le NPHPSP et dans les bilans précédents de l'OPS.

Figure 2 : FESP définies dans le NPHPSP[2], l'étude Delphi de l'OMS et les bilans précédents de l'OPS



À partir de cette première recherche de convergences, le groupe de travail responsable de l'initiative a élaboré un premier jet de l'instrument pour la mesure de la performance des FESP. Il y a inclus la définition de chacune des fonctions essentielles, ainsi que les indicateurs et les standards pour l'évaluation de leur performance. Ce texte a été distribué à différents groupes d'experts et de professionnels de la santé publique dans le cadre d'un processus qui a culminé lors d'une réunion du réseau d'institutions et d'experts convoqués par l'OPS à cette fin[3].

L'instrument, qui contient maintenant les mesures et les sous-mesures pour chacun des indicateurs, a été validé dans quatre pays de la Région : la Bolivie, la Colombie, la Jamaïque et le Chili. Cette validation a été effectuée par des groupes d'informateurs-clés incluant des dirigeants des différents niveaux de l'autorité sanitaire (central, intermédiaire et local), des professeurs universitaires, des représentants d'associations de santé publique et d'autres institutions reliées à la santé publique. Ces exercices ont permis de perfectionner l'instrument de mesure en recueillant l'expérience et l'opinion des participants.

[2] National Public Health Performance Standards Program, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).
[3] Consultation avec des experts : Fonctions essentielles de santé publique et mesure de leur performance dans la pratique de santé publique. Washington D.C., 9 et 10 septembre 1999.

2. But de l'application de l'instrument de mesure des FESP dans les différents pays

La mesure de la performance des FESP au niveau des autorités sanitaires des pays de la Région devrait permettre aux Ministères d'identifier les facteurs critiques à considérer pour élaborer des plans ou des stratégies en vue de renforcer l'« infrastructure » de santé publique, comprise comme un ensemble des ressources humaines, des méthodes de gestion et des ressources matérielles nécessaires.

Cette mesure est d'autant plus pertinente dans des périodes comme celles-ci, marquées par la tentative de réformer les systèmes de santé afin de les rendre plus appropriés pour satisfaire les besoins actuels de santé. Au cours de ce processus, la santé publique est appelée à jouer un rôle fondamental, puisque la possibilité de parvenir à une plus grande équité dans l'accès à de meilleures conditions de santé relève de son domaine d'action.

Étant donné que la majorité des pays de la Région prennent aujourd'hui des décisions en ce qui concerne l'affectation des ressources destinées à soutenir les processus de réforme, il est très important de pouvoir compter sur des diagnostics précis dans les domaines où il y a les plus grandes carences en matière de développement de la santé publique, au moment de décider d'investir dans son renforcement.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une santé publique forte est essentielle à l'exercice de l'autorité sanitaire. Cela est indispensable pour définir des politiques de santé qui soient cohérentes avec les principes qui inspirent les systèmes de santé (équité, efficience, réponse aux attentes des citoyens, par exemple), pour assurer leur implantation et leur développement. Voilà pourquoi la mesure précise des lacunes actuelles est très importante pour les gouvernements et les agences de coopération technique et financière impliqués dans la santé.

Finalement, dans tous les processus de réforme, l'accent est mis aujourd'hui sur l'introduction d'une culture d'évaluation des résultats nécéssité par l'utilisation énorme et croissante des ressources qui sont consacrées aux soins de santé à la population. L'instrument de mesure proposé par l'initiative « La santé publique dans les Amériques » vise fondamentalement à évaluer la performance des autorités sanitaires en matière de santé publique. Il est alors souhaitable que, comme résultat de sa mise en œuvre, on obtient un diagnostic qui donne non seulement une image statique de l'état actuel des choses, mais également une analyse dynamique des résultats obtenus aujourd'hui et de ceux possibles dans l'avenir si on investit pour combler les lacunes décelées en ce qui concerne les ressources, les compétences et les procédures.

En somme, l'idée de la mesure de la performance est d'identifier les forces et les faiblesses de la pratique de santé publique, afin de permettre un diagnostic opérationnel des secteurs qui requièrent un plus grand soutien. L'objectif est de renforcer l'infrastructure de la santé publique au sens le plus large afin d'y inclure les ressources humaines et matérielles nécessaires à la bonne performance de sa pratique.

Pour atteindre cet objectif, il est important que la décision de mesurer la performance soit suivie du développement d'instruments pouvant être constamment améliorés jusqu'à ce qu'ils arrivent à une maturité permettant leur utilisation routinière aux différents niveaux où la santé publique est exercée dans la Région. Le développement d'instruments pour mesurer la performance des FESP implique un long processus de définition des fonctions à mesurer, des indicateurs de performance et des mesures et sous-mesures qui serviront de vérificateurs.

2.1 Définition des standards de performance des FESP

L'information obtenue par des instruments de mesure de cette nature peut aider l'ASN à évaluer et à définir plus efficacement le rôle de la santé publique dans le secteur de la santé. Cette mesure permettra également aux autorités nationales de santé de progresser vers des standards optimaux de pratique de santé publique aux niveaux national et sous-nationaux. L'information obtenue par cette mesure est également importante pour assurer la rétroaction nécessaire permettant une meilleure attribution des responsabilités spécifiques et des ressources au sein du système de santé publique.

Comme dans d'autres processus de mesure de performance, il faut choisir entre des standards acceptables et des standards optimaux. La définition des niveaux acceptables est difficile et forcément arbitraire, car elle suppose soit le choix entre des niveaux comparables à une moyenne hypothétique de la réalité de la Région, soit une définition du minimum requis pour exercer une fonction selon l'opinion d'un groupe d'experts. Opter en faveur de standards optimaux est plus adéquat pourvue, bien sûr, qu'elle soit mise en relation avec la situation générale de la Région et qu'elle incite à une amélioration constante.

Étant donné l'hétérogénéité de ce contexte, les standards seront optimaux en considérant les meilleures conditions pouvant être attendues dans des délais raisonnables pour tous les pays de la Région. Ceci implique la nécessité d'utiliser les « opinions d'experts » pour déterminer ces conditions. Aussi, opter pour ces optimums semble plus approprié que les standards acceptables et plus cohérent avec l'objectif d'améliorer l'infrastructure des services de santé publique dans les plus brefs délais possibles.

2.2 Accords régionaux pour soutenir l'initiative « La santé publique dans les Amériques »

En tenant compte de toutes les considérations qui précèdent, les ministres de la Santé présents au Conseil directeur de l'OPS, qui a eu lieu en l'an 2000, ont approuvé à l'unanimité une résolution qui, pour l'essentiel, recommandait[4] de prier les États membres :

a) De participer à un exercice régional en vue de mesurer la performance des fonctions essentielles de santé publique afin de rendre possible une analyse de l'état de la santé publique dans les Amériques, sous les auspices de l'OPS ;
b) D'utiliser les mesures de la performance des fonctions essentielles de santé publique pour améliorer l'exercice de celle-ci, de mettre en place l'infrastructure nécessaire à cette fin et de renforcer le rôle directeur de l'autorité sanitaire à tous les niveaux de l'État.

Dans cette même résolution, les ministres priaient le Directeur général de l'OPS :

a) De diffuser à grande échelle dans les pays de la Région la documentation conceptuelle et méthodologique sur la définition et la mesure des FESP ;
b) De réaliser, en étroite coordination avec les autorités sanitaires nationales de chaque pays, un exercice de mesure des résultats en utilisant la méthodologie élaborée ;
c) De procéder à une analyse régionale sur l'état de la santé publique dans les Amériques, au moyen d'un exercice de mesure des fonctions essentielles de santé publique ;
d) De promouvoir la réorientation de l'éducation en santé publique dans la Région conformément au développement des FESP;
e) D'intégrer les activités liées aux FESP au sein des activités de coopération se rapportant à la réforme sectorielle et au renforcement du rôle directeur de l'autorité sanitaire.

La définition et la mesure de la performance des FESP sont conçues de manière à contribuer au développement institutionnel de la pratique de la santé publique et à améliorer le dialogue entre la santé publique et d'autres disciplines reliées à la santé. Plus encore, la meilleure définition de ce qui est essentiel doit aider à améliorer la qualité des services et conduire à une définition plus détaillée des responsabilités institutionnelles dans la prestation des interventions. La disposition de la santé publique à rendre des comptes aux citoyens au sujet de sa performance devrait commencer par les domaines dont elle a la responsabilité exclusive (FESP). La légitimité et la capacité de la santé publique d'interpeller d'autres secteurs en matière de santé se verront augmentées grâce à la mesure plus précise de l'essentiel de son travail.

La mesure ne prétend en aucun cas servir d'« évaluation externe » de la gestion des Ministères ou des ministres, ni déboucher sur une classification des pays selon leur engagement envers la santé publique. Cependant, afin de respecter le mandat du Conseil

[4] Résolution CD42.R14. Fonctions essentielles de santé publique. 42e Conseil directeur de l'OPS. Washington, D.C, du 25 au 29 septembre 2000.

directeur, l'OPS doit faciliter l'application de l'instrument lui-même dans tous les pays de la Région, ce qui permettra d'établir un diagnostic des zones de faiblesses et de forces dans l'ensemble des pays.

Le sens de cette mesure constitue une « auto-évaluation » des pays, au moyen du cadre de référence que fournit cet instrument, en permettant d'établir des comparaisons dans l'analyse de la situation de la santé publique dans les Amériques. Tel que l'a indiqué le Comité exécutif de l'OPS[5], l'objectif que poursuit l'instrument ne pourra être atteint que si cette mesure est faite périodiquement et si l'instrument est utilisé de façon continue ; pour ce faire, cet exercice de mesure doit s'effectuer en étroite coordination entre les pays et l'OPS.

L'instrument offre un cadre commun pour la mesure de la performance des FESP applicables à tous les pays tout en respectant la structure organisationnelle du système de santé propre à chacun d'eux. Dans les pays à structure fédérale, par exemple, il faudra orienter la mesure conformément à la pratique décentralisée de l'autorité propre à chaque organisme.

Finalement, la définition des FESP et la mesure de leur degré de performance dans la Région sont fondamentales pour renforcer l'éducation en santé publique dans les Amériques. La crise actuelle en cette matière est reliée de près à l'absence d'une définition précise de ses responsabilités. L'effort de mesure contribue à cette tâche même si son rôle n'est pas de définir le champ d'action de la santé publique en tant que discipline ou d'« interdiscipline » académique. À cet égard, des accords récents de l'Association latino-américaine d'éducation en santé publique (ALAESP) appuient le développement de l'initiative, qu'ils considèrent comme un apport marquant pour la progression de l'enseignement et de la recherche en santé publique.

[5] 126e Session du Comité exécutif de l'OPS, juin 2000.

3. L'instrument de mesure des FESP pour la Région des Amériques

L'instrument conçu pour la mesure des FESP dans la région présente la structure suivante :

- Une brève introduction dans laquelle sont expliqués les fondements de l'initiative et les caractéristiques de l'instrument ;
- 11 fonctions essentielles de santé publique ; chacune d'elles étant accompagnée d'une définition présentant brièvement le contenu des pratiques et des tâches propres à la fonction ainsi que des indicateurs, 3 à 6 par fonction, chacun d'entre eux étant défini comme suit :

  - Un standard qui énumère, dans un encadré, le niveau optimal souhaitable pour sa réalisation ;
  - Un ensemble de mesures permettant de vérifier la performance de chaque indicateur, exprimé en pourcentage d'atteinte selon la réponse à :
    - Un ensemble de sous-mesures admettant uniquement des réponses dichotomiques (Oui ou Non).

La liste des FESP définie dans cet instrument est, bien entendu, sujette à des améliorations et ne prétend pas représenter toutes les visions qui existent à ce sujet dans le monde de la santé publique. Ceci étant dit, des efforts ont été faits afin de minimiser les variations et de recueillir les aspects marquants exposés par les experts et les acteurs reliés aux décisions politiques en matière de santé, à chacune des occasions où ils ont donné leur opinion. On doit avoir à l'esprit que cet instrument représente un premier effort de mesure de la performance en matière de santé publique dans les pays de la Région. Cet effort est sans doute susceptible d'être perfectionné à l'avenir, en particulier si les pays s'approprient l'instrument pour qu'il les aide à orienter leurs efforts pour améliorer la pratique de santé publique.

La liste qui apparaît à la Figure 3 inclut les onze FESP identifiées comme critiques pour la pratique de santé publique et qui sont contenues dans l'instrument de mesure développé par l'OPS, en collaboration avec les CDC et le CLAISS.

Figure 3 : Les fonctions essentielles de santé publique

Fonctions essentielles de santé publique (FESP)	
FESP 1	Monitoring, évaluation et analyse de l'état de santé
FESP 2	Surveillance épidémiologique, étude et contrôle des risques et des menaces pour la santé publique
FESP 3	Promotion de la santé
FESP 4	Participation des citoyens dans la santé
FESP 5	Développement de politiques et capacités institutionnelles de planification et de gestion en santé publique
FESP 6	Renforcement de la capacité institutionnelle de réglementation et de contrôle en santé publique
FESP 7	Évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires
FESP 8	Développement des ressources humaines et formation en santé publique
FESP 9	Garantie et amélioration de la qualité des services de santé individuels et collectifs
FESP 10	Recherche en santé publique
FESP 11	Réduction de l'impact des urgences et des désastres en santé[6]

3.1 Sections de l'instrument

L'instrument se divise en onze sections, une pour chaque fonction essentielle de santé publique. Chaque fonction débute par une définition des compétences nécessaires pour exercer cette fonction, à partir desquelles les indicateurs et leurs mesures respectives sont élaborés.

[6] La réduction de l'impact des urgences et des désastres en santé inclut la prévention, l'atténuation, la préparation, la réponse et la réhabilitation.

À partir de cette définition, pour chaque fonction, des indicateurs ont été établis afin de mesurer les résultats et les processus impliqués dans son exécution. Chaque fonction comprend, en moyenne, 3 à 6 indicateurs. En général, toutes les fonctions commencent par des indicateurs de résultats, comme :

- FESP 1 : Indicateur « Guides et processus de monitoring et d'évaluation de l'état de santé »
- FESP 2 : Indicateur « Système de surveillance afin d'identifier les menaces et les atteintes à la santé publique »
- FESP 3 : Indicateurs « Établissement de partenariats sectoriels et extrasectoriels pour la promotion de la santé » et « Réorientation des services de santé vers la promotion »
- FESP 4 : Indicateurs « Renforcement du pouvoir des citoyens dans la prise de décision en matière de santé publique » et « Renforcement de la participation sociale en santé »

On intègre ensuite les indicateurs de processus, qui sont considérés comme clés pour la bonne performance de chaque fonction essentielle, comme :

- ➢ FESP 1 : Indicateur « Évaluation de la qualité de l'information »
- ➢ FESP 2 : Indicateur « Capacité des laboratoires de santé publique »
- ➢ FESP 3 : Indicateur « Soutien à des activités de promotion, d'élaboration de normes et d'interventions visant à favoriser des comportements et des environnements sains ».

Toutes les fonctions incluent des indicateurs qui mesurent la capacité institutionnelle pour la performance des FESP, ainsi que des indicateurs visant à mesurer le soutien technique aux niveaux sous-nationaux, qui permettent d'évaluer les efforts vers une plus grande décentralisation. Ces indicateurs sont généralement les derniers de chaque fonction. Voici des exemples d'indicateurs visant à évaluer la capacité institutionnelle :

- ➢ FESP 5 : Indicateurs « Développement de la capacité institutionnelle de gestion en santé publique » et « Gestion de la coopération internationale en santé publique »
- ➢ FESP 6 : Indicateur « Connaissances, habiletés et mécanismes en vue de réviser, de perfectionner et de faire respecter le cadre réglementaire »
- ➢ FESP 7 : Indicateur « Connaissances, habiletés et mécanismes pour rapprocher de la population les programmes et les services de santé nécessaires »

À son tour, chaque indicateur a un standard qui décrit en détail les compétences nécessaires pour exercer la fonction de façon optimale. Tel qu'expliqué plus haut, les standards optimaux ont été définis en ayant comme objectif que les pays, en procédant à la mesure des FESP, puissent identifier plus facilement l'écart existant entre l'état actuel des FESP dans le pays et ce standard idéal.

Finalement, pour chacun des indicateurs, ont été élaborées des mesures qui correspondent à des questions « *mères* » d'un groupe de sous-mesures, qui sont des questions où sont fournis de plus amples détails sur les compétences spécifiques décrites pour chaque

mesure. En définitive, ce sont ces sous-mesures qui rendent compte du degré de développement ou de rapprochement du standard optimal attendu. Par exemple :

7.2.2 L'ASN possède-t-elle le personnel capable d'informer les citoyens au sujet de l'accès aux services de santé ?

Dans tous les cas, ce personnel a-t-il l'expérience et les habiletés pour :

7.2.2.1 Réduire les barrières linguistiques et culturelles ?
7.2.2.2 Axer les actions sur les populations qui sont difficiles d'accès ?
7.2.2.3 Informer les fournisseurs sur les programmes de prévention ?
7.2.2.4 Rapprocher les services des populations à haut risque ?
7.2.2.5 Élaborer des programmes nationaux de dépistage précoce ?
7.2.2.6 Soutenir les populations vulnérables ou mal couvertes afin qu'elles reçoivent les services nécessaires ?
7.2.2.7 Implanter des méthodes de soins novatrices afin de promouvoir l'accès aux services (ex. : cliniques mobiles, foires, etc.) ?
7.2.2.8 Collaborer avec les institutions de sécurité sociale pour assurer une surveillance ciblant les populations mal desservies ?

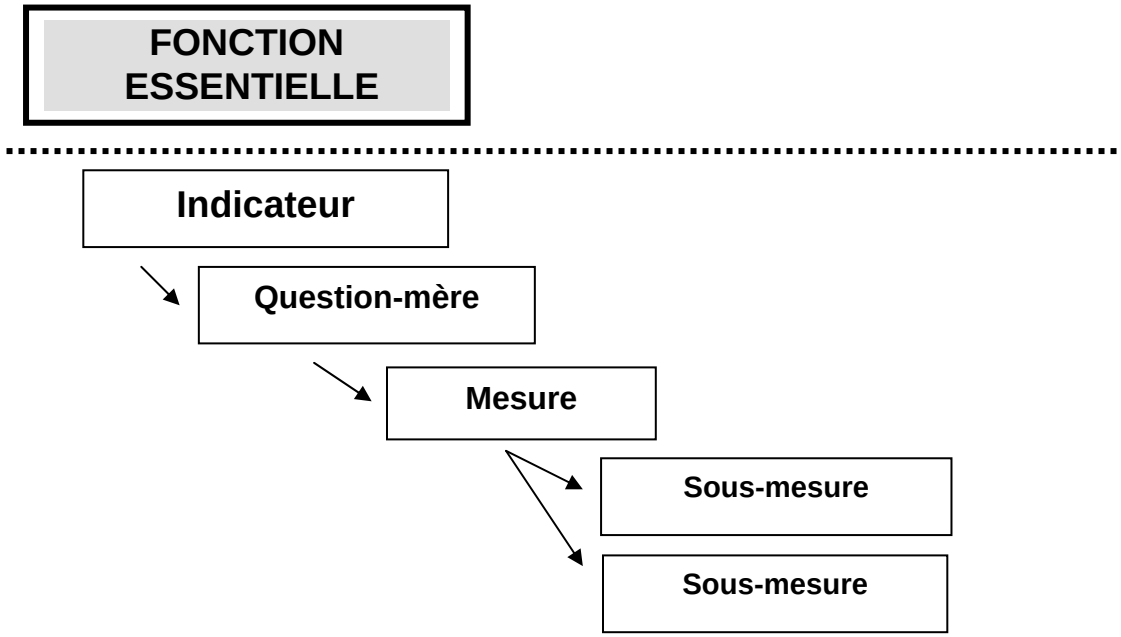
L'identification des indicateurs et de leurs mesures respectives fût l'une des étapes les plus complexes et difficiles de la conception de l'instrument. Les indicateurs, qui sont la composante la plus importante de l'instrument, déterminent sa qualité et son utilité. En somme, ils constituent le cœur de la mesure.

L'objectif poursuivi est que, par la réponse du pays à diverses mesures et sous-mesures, on puisse obtenir un profil le plus complet possible de l'état de la pratique de la santé publique selon la perspective nationale, en termes de structure, de processus, et de résultats spécifiques. Quand on évalue les indicateurs et leurs mesures, il est important de tenir compte de la source d'information à partir de laquelle la réponse est établie. Cette information doit venir des sources disponibles et facilement accessibles ; consister aussi bien en données quantitatives que qualitatives.

En dernier lieu, les indicateurs-clés sont capables de relier les résultats spécifiques avec les processus-clés du système. La validité des indicateurs permettra de s'assurer que l'instrument est à jour et d'avoir, dans l'avenir, une meilleure garantie de qualité dans la pratique de santé publique.

3.2 Analyse des résultats de la mesure

Ci-après, est décrite la méthodologie d'attribution du score obtenu à partir de la mesure. Tel que décrit à la section précédente, l'instrument se présente de la manière suivante :



Le score de chacun des indicateurs faisant partie de la mesure de chaque fonction est établi à partir du score obtenu pour les réponses aux « questions-mères ». Ces questions offrent un choix de réponse intermédiaire, étant donné que leur élaboration est basée sur la valeur moyenne pondérée des réponses affirmatives (Oui) aux mesures et aux sous-mesures qui y sont contenues.

Les questions correspondant aux mesures et aux sous-mesures n'offrent que deux choix de réponse : Oui ou Non. Une réponse partielle n'est pas acceptée[7]. C'est pourquoi il faut apporter une attention particulière au processus d'élaboration de la réponse collective à chaque mesure et sous-mesure. S'il n'est pas possible d'obtenir une réponse faisant le consensus dans le groupe, au moins 60 % des participants doivent être en faveur de l'option « Oui » pour que la réponse collective à la question dite mère soit considérée affirmative.

Le score de l'indicateur s'obtient en calculant la moyenne pondérée des résultats obtenus pour chacune des mesures respectives. La moyenne simple pondérée des résultats des indicateurs détermine le score obtenu pour la performance de chaque fonction de santé publique.

[7] Dans le cas 2 de l'exemple numéro 4, le score de la mesure se calcule en donnant une pondération spéciale aux réponses des mesures et sous-mesures, ce qui constitue d'une certaine façon une exception à la règle.

Pour cette première mesure dans les pays de la Région, on a opté pour une modalité de pointage uniforme, dans laquelle toutes les fonctions, les indicateurs et les mesures ont le même poids relatif. La pondération égalitaire de toutes les mesures facilite l'analyse et la décision ultérieure du pays.

Comme guide conventionnel d'interprétation globale, on a proposé l'échelle suivante :

76 – 100 %	(0,76 à 1,0)	Quartile de performance optimale
51 – 75 %	(0,51 à 0,75)	Quartile de performance moyenne supérieure
26 – 50 %	(0,26 à 0,50)	Quartile de performance moyenne inférieure
0 – 25 %	(0,0 à 0,25)	Quartile de performance minimale

L'instrument est accompagné d'un logiciel qui permet le calcul direct du score final de chaque question-mère en fonction des réponses aux mesures et aux sous-mesures qui la composent.

Ce calcul du score final de chaque question-mère résulte de la moyenne des réponses « Oui » aux mesures et sous-mesures, où la réponse « Oui » a une valeur d'un (1) et une réponse « Non » a une valeur de zéro (0), de la façon suivante :

Exemple 1 :

Question-mère : Oui [X] Non Intermédiaire

Mesures : la réponse est « Oui » partout
Sous-mesures : la réponse est « Oui » partout

Score : 100 % ou 1,0

Exemple 2 :

Question-mère : Oui Non [X] Intermédiaire

Mesures : la réponse est « Non » partout
Sous-mesures : la réponse est « Non » partout

Score : 0 % ou 0,0

Exemple 3 :

Question-mère : Oui Non Intermédiaire [X]

Mesures : la réponse est « Oui » à l'une des 2 mesures

Sous-mesures : Les sous-mesures de la première mesure sont « Oui » à toutes les réponses reliées à la mesure. Les sous-mesures de la deuxième mesure sont « Non » partout.

Score : 50 % ou 0,5

<u>Exemple 4</u> : ***Deux exemples pratiques, avec des questions réelles sur l'instrument, sont présentés ci-après :***

1.3 CAS 1

11.1.3 L'ASN forme-t-elle son personnel de santé dans la préparation aux urgences et aux désastres ?

L'ASN forme-t-elle son personnel en matière de :

11.1.3.1	Définition de lignes directrices pour faire face aux urgences et aux désastres dans le secteur santé ?	1
11.1.3.2	Coordination d'activités dans le secteur santé ?	1
11.1.3.3	Coordination d'activités avec d'autres secteurs ?	1
11.1.3.4	Prévention et le contrôle de maladies transmissibles et non transmissibles qui sont des conséquences de désastres ?	1
11.1.3.5	Protection des troubles mentaux qui sont des conséquences de désastres ?	0
11.1.3.6	Sécurité alimentaire à la suite de désastres ?	1
11.1.3.7	Assainissement et la santé environnementale à la suite de désastres ?	1
11.1.3.8	Contrôle des vecteurs dans des situations d'urgence ?	0
11.1.3.9	Gestion des services de santé dans des situations d'urgence ?	1
11.1.3.10	Exercices de simulation et de situations d'urgence ?	1
11.1.3.11	Évaluations rapides des risques et des besoins ?	1
11.1.3.12	Demande, l'acquisition et la distribution d'équipements et fournitures de santé pour les urgences et les désastres ?	1
11.1.3.13	Maniement de systèmes de communication et de salles dédiées utilisées dans des situations d'urgence ?	1
11.1.3.14	Fonctionnement du système de transport dans des situations d'urgence ?	1
11.1.3.15	Diffusion d'information sur la santé au moyen des médias ou d'autres canaux ?	0
11.1.3.16	Assurance de transparence et d'efficience dans la fourniture de secours à la suite de catastrophes ?	0
11.1.3.17	Élaboration de projets d'urgence pour la remise en fonction du secteur sanitaire?	0

Dans cet exercice, nous avons 12 réponses « Oui » aux 17 mesures de la question mère 11.1.3. La valeur définitive de la question mère sera la suivante :

12/17 = 0,71

1.3 Cas 2

1.1.1. L'ASN a-t-elle produit des guides ou autres instruments pour évaluer l'état de santé de la population ?

1.1.1.1.	Ont-ils été développés pour le niveau national du système de santé?	1
1.1.1.2.	Ont-ils été développés pour les niveaux intermédiaires du système de santé?	0
1.1.1.3.	Ont-ils été développés pour le niveau local du système de santé?	0
1.1.1.4.	Décrivent-ils des méthodes appropriées pour recueillir l'information et choisir les sources d'information adéquates?	1
1.1.1.5.	Décrivent-ils les rôles du niveau national et des niveaux sous-nationaux dans la collecte d'information?	1
1.1.1.6.	Permettent-ils aux citoyens et aux groupes organisés de la communauté d'avoir accès à l'information tout en protégeant la vie privée des personnes?	0
1.1.1.7.	Incluent-ils un processus d'amélioration constante des systèmes d'information pour mieux satisfaire les besoins des utilisateurs des niveaux nationaux et sous-nationaux (décideurs, responsables de programmes, etc.)?	1
1.1.1.7.1.	Inclut-il des normes uniformes à tous les niveaux du système d'information?	0
1.1.1.7.2.	Inclut-il des procédures compatibles avec les besoins des instances nationales et internationales dont le système fait partie et auxquelles il doit fournir de l'information?	1
1.1.1.7.3.	Inclut-il une révision périodique des normes et procédures afin d'évaluer leur pertinence à la lumière des progrès technologiques et des changements dans la politique de santé?	0
1.1.1.8.	Décrivent-ils les procédures pour diffuser l'information aux médias et au public en général?	1
1.1.1.9.	Protègent-ils la confidentialité de l'information par l'utilisation de protocoles définis pour avoir accès aux données?	0
1.1.1.10.	Décrivent-ils les procédures à suivre pour organiser l'information dans un profil de l'état de santé contenant l'information au sujet des objectifs nationaux de santé?	0

Dans cet exemple, comme dans le cas précédent, le score de la première question-mère de l'indicateur 1.1 (c'est à dire la question-mère 1.1.1), est égal à la moyenne des scores de chaque mesure; dans ce cas particulier c'est la moyenne des scores des questions 1.1.1.1 à 1.1.1.10.

Cependant, la mesure 1.1.1.7, qui obtient une réponse affirmative, comprend trois sous-mesures, parmi lesquelles la sous-mesure 1.1.1.7.2 obtient la réponse « OUI » alors que les deux autres (les sous-mesures 1.1.1.7.1 et 1.1.1.7.3) obtiennent la réponse « NON ». Afin de prendre en compte que les réponses à ses sous-mesures ne sont pas toutes affirmatives, on a convenu de pondérer la réponse positive initiale. Ainsi, le score initial de la réponse à la mesure reçoit un poids de 20% et la moyenne des réponses aux sous-mesures contribuent aux 80 % restants du score final de la mesure 1.1.1.7.

Ainsi, le score de la mesure 1.1.1.7 est le suivant:

(1*0.2) + [(0+1+0)/3)*0.8] = 0.47

Et le score de la question-mère 1.1.1 sera la moyenne simple des scores des mesures 1.1.1.1 à 1.1.1.10, c'est à dire :

(1+0+0+1+1+1+0+*0.47*+1+0+0)/10 = 0.45

Pour ce premier exercice de mesure dans les pays de la Région, on a opté pour une modalité de pointage dans laquelle toutes les fonctions, tous les indicateurs et toutes les mesures ont la même valeur relative. Cependant, ceci pourra être modifié dans le futur. Il est en effet difficile de déterminer *a priori* des poids relatifs différents pour chaque fonction ou indicateur, cela devrait être logiquement fait à partir de la réalité de chaque pays.

Le score de chaque indicateur est calculé selon le pourcentage de réponses affirmatives. Ce score est assigné à chaque indicateur et, finalement, est utilisé pour calculer la moyenne du niveau de performance de chaque fonction de santé publique.

Les résultats sont analysés à partir d'une base de données dans laquelle sont recueillies les réponses individuelles des participants pour chaque fonction.

L'analyse des résultats dans chaque pays est effectuée, dans un premier temps, par l'équipe responsable désignée pour chaque pays où se fait le mesure, avec l'aide des instruments d'analyse qui sont mis à la disposition du pays et qui sont ajoutés en annexe.

Même si on reconnaît que le calcul du score n'est pas totalement précis, il est suffisant pour identifier les forces et les faiblesses du système et permettre l'analyse FADO[8] du système de santé publique des pays, notamment dans la perspective d'un processus systémique et continu dans le temps.

3.3 Identification des sphères d'intervention prioritaire pour le plan de développement institutionnel

Pour élaborer un plan de développement de la capacité institutionnelle de l'autorité sanitaire en vue d'un meilleur exercice des FESP qui sont de sa compétence ; objectif immédiat de cet exercice de mesure de la performance, repose sur les prémisses de base suivantes :

a) Le développement doit être à caractère institutionnel, ce qui implique qu'on l'aborde de façon intégrale plutôt que par des interventions isolées par les acteurs et les milieux de chaque fonction. À cette fin, on a procédé à une intégration des indicateurs de toutes les fonctions dans trois sphères stratégiques d'intervention :

- **Atteinte de résultats et processus-clés**, composante essentielle dans laquelle se manifeste le rôle de l'autorité sanitaire en matière de santé publique et, par conséquent, objet central des interventions pour améliorer sa performance. Il s'agit de l'efficacité (résultats) et de l'efficience (processus) avec lesquels sont réalisés les fonctions relevant de la compétence des autorités sanitaires en matière de santé publique.

- **Développement des capacités et de l'infrastructure**, comprises comme les conditions humaines, technologiques, les connaissances et les ressources nécessaires pour la performance optimale des fonctions qui relèvent de l'autorité sanitaire en matière de santé publique.

- **Développement de compétences décentralisées**, en terme de facultés et de capacités visant à soutenir les niveaux sous-nationaux ou à leur transférer des compétences pour renforcer l'exercice décentralisé de l'autorité sanitaire en matière de santé publique, conformément aux exigences de la modernisation de l'État et du secteur.

b) Les interventions en vue du développement institutionnel doivent viser à corriger les *faiblesses* tout en tirant profit des *forces*. Pour qualifier la performance des différents indicateurs en terme de forces ou de faiblesses, chaque pays devra identifier une valeur de référence aux différents stades du processus en fonction du niveau de performance et de ses buts de développement. Les critères fondamentaux pour établir cette valeur de référence sont, d'une part, de ne pas accepter ou renforcer les faiblesses diagnostiquées et, d'autre part, que cela représente un défi à relever et un stimulant raisonnable d'effort continu d'amélioration.

[8] Forces, faiblesses, menaces, opportunité ; traduit de l'espagnol : analisis de fortalezas, amenazas, debilidadoes (FADO)

c) Cependant, pour ces premières applications et dans le but de faciliter la consolidation des résultats des différentes évaluations effectuées dans les pays de la Région en vue de formuler un plan d'action régional, par convention, une valeur de référence de la moyenne des résultats globaux des onze fonctions a été établie, de façon à ce que la majorité des lacunes soient considérées comme des faiblesses à surmonter.

Plus l'exercice sera répété et qu'un grand nombre de pays feront régulièrement leur propre évaluation, plus l'instrument atteindra une grande précision. Son utilisation régulière permettra d'identifier la cohérence entre la mesure et les écarts dans l'infrastructure du système de santé publique et de mieux orienter les interventions recommandées pour le renforcement de la capacité institutionnelle.

4. Processus d'application de l'instrument dans les pays de la Région

L'instrument est conçu pour être utilisé dans une enquête collective afin d'évaluer la performance des FESP au niveau de l'Autorité sanitaire nationale (ASN)[9], selon une perspective systémique.

Dans une première phase, le principal objet de mesure est l'ASN, à savoir, dans la majorité des pays de la Région, le Ministère ou le secrétariat de la Santé. L'ASN joue un rôle essentiel dans la direction du système de santé du pays en exerçant sa fonction directrice, qui a pris encore plus d'importance avec l'avènement des processus de réforme sectorielle. Son rôle et sa responsabilité consistent à diriger et à sauvegarder un système souvent composé d'organismes publics et privés travaillant ensemble pour améliorer la santé de la population.

Considérant que le travail de l'ASN en santé publique implique une collaboration avec un vaste éventail d'institutions gouvernementales et non gouvernementales, d'universités, de centres de recherche en santé, de fournisseurs publics et privés, ainsi que de secteurs du gouvernement œuvrant dans des domaines critiques de collaboration, tels l'éducation et l'environnement, l'enquête menée avec le présent instrument s'adresse à un groupe d'acteurs-clés qui représentent un éventail complet de la santé publique de chaque pays.

4.1 Participants à l'exercice de mesure

Comptant sur l'aide et la coordination des bureaux des représentations de l'OPS/OMS dans les pays, il est recommandé qu'un ensemble représentatif de dirigeants de la santé publique participe à l'application de l'instrument, afin de couvrir la totalité des onze fonctions. La liste

[9] Aux fins de l'application de cet instrument, le terme Autorité sanitaire nationale est utilisé comme synonyme de Ministère ou secrétariat de la Santé, en ce qui a trait à son action sur l'ensemble du territoire national. Les bureaux centraux et sous-nationaux de l'ASN y sont inclus comme une partie d'une structure unique, étant donné qu'ils contribuent à sa performance dans sa dimension nationale. Les structures sous-nationales (les directions régionales, par exemple) ont des responsabilités spécifiques sur leur territoire d'influence, lesquelles devraient être mesurées par des instruments élaborés spécialement à cet effet.

suivante constitue une recommandation qui peut être modifiée en fonction de la réalité de chaque pays, en respectant le processus de décision des autorités nationales à cet égard.

- Représentant(s) du niveau le plus élevé possible de l'Autorité sanitaire nationale
- Cadres de l'ASN faisant partie du personnel de direction de l'ASN au niveau central
- Principaux conseillers du (de la) Ministre
- Économistes en planification de la santé
- Agents de liaison entre la communauté et l'ASN
- Épidémiologistes responsables de la santé publique dans le cadre de l'ASN
- Cadres en charge du financement sectoriel
- Cadres en charge de l'évaluation des technologies
- Cadres en charge de la pratique en soins infirmiers
- Cadres en charge de la sécurité sociale sanitaire
- Représentants des universités (Faculté de médecine ou École de santé publique)
- Représentants d'organisations non gouvernementales reliées à la santé publique
- Représentants d'organisations communautaires reliées à la santé ou d'organisations représentant les utilisateurs des services de santé
- Cadres en charge des laboratoires de santé publique
- Cadres en charge des urgences et des désastres
- Cadres en charge de la technologie, des ressources et des systèmes informatiques
- Cadres en charge de la définition des politiques et de la planification sanitaire
- Spécialistes en promotion de la santé

On s'attend aussi à ce que des représentants des différents niveaux sous-nationaux de l'ASN (régional ou départemental, de district et municipal) se joignent à ce groupe afin de pouvoir rendre compte d'une évaluation intégrale de la performance des FESP par l'ASN.

Le tableau suivant illustre et met en relation la représentativité ou la spécialisation de participants potentiels avec le contenu de chaque fonction essentielle. Il vise à faciliter le choix des personnes à inviter pour composer les groupes appelés à répondre aux questions relatives à certaines fonctions essentielles.

Participants potentiels	**FONCTIONS**										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Spécialiste en économie de la santé					X		X				
Spécialiste en participation sociale en santé			X	X			X				
Spécialiste en financement de la santé					X		X				
Spécialiste en évaluation des technologies de la santé									X	X	
Représentant des soins infirmiers en santé publique					X		X	X		X	
Représentants des universités (Écoles de médecine et de santé publique)			X		X		X	X	X	X	
Représentants des assurances nationales de santé et de sécurité sociale					X		X				
Représentants de l'ASN aux niveaux sous-nationaux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spécialiste en épidémiologie	X	X								X	
Spécialiste en laboratoires de santé publique		X				X			X	X	
Spécialiste en urgences et en désastres en santé		X									X
Spécialiste en ressources humaines					X			X			
Spécialiste en information sanitaire	X	X			X						X
Spécialiste en politiques et en planification sanitaire					X	X	X	X	X	X	X
Spécialiste en promotion de la santé			X	X			X				
Spécialiste en technologies et en systèmes d'information en santé	X	X			X						X
Spécialiste en élaboration du portrait de l'état de santé dans le pays	X	X			X						
Spécialiste en santé environnementale		X	X			X					X
Spécialiste en information publique/ relations publiques	X		X	X							
Principal(aux) conseiller(s) du ministre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spécialiste en génie sanitaire			X			X					X
Spécialiste en affaires juridiques					X	X					
Représentants d'autres agences et ONG			X	X	X						X

Pour le processus de mesure de toutes les fonctions, il est très souhaitable de former un noyau stable qui sera responsable de répondre à la totalité de l'instrument. De plus, on peut y joindre des experts ou des spécialistes qui fourniront de l'information importante pour la mesure de chaque fonction de manière plus spécifique. Il faut cependant éviter de succomber à la tentation de transformer l'instrument en un outil qui s'adresse uniquement à des « experts » dans chacune des FESP.

On entend par noyau stable le groupe de participants garantissant une présence permanente et une expertise permettant de se prononcer sur l'ensemble des FESP. Ce groupe stable est justifié par le fait qu'au cours de l'exercice plusieurs participants ne peuvent être présents durant toute l'activité, les membres de ce noyau peuvent alors être remplacés. Cependant, si l'exercice de mesure se fait qu'à partir d'un groupe stable de participants, il n'est évidemment pas nécessaire de faire de différence entre le noyau et les autres participants.

Il est proposé que, pour effectuer la mesure, le noyau stable soit composé de participants possédant les profils suivants :

- Représentants du (de la) ministre si ce dernier (cette dernière) ne peut pas participer à tout le processus de mesure
- Cadres de l'ASN faisant partie du personnel de direction de l'ASN
- Principaux conseillers du (de la) ministre
- Cadres responsables de la définition des politiques et de la planification en santé
- Économistes travaillant en planification de la santé
- Épidemiologistes responsables de la santé publique au sein de l'ASN
- Agents de liaison entre la communauté et l'ASN
- Représentants d'institutions importantes en santé publique mais ne faisant pas partie de l'ASN, tels des représentants des universités, des organisations non gouvernementales qui travaillent en santé publique et, si possible, des représentants d'organisations communautaires ou de groupes d'utilisateurs de services de santé.

Le nombre de participants à l'exercice variera en fonction de la réalité de chaque pays. Il est important de mettre l'accent sur la nécessité de respecter l'autonomie de l'ASN pour la définition des participants en se basant sur la recommandation présentée et sur les considérations techniques et politiques qui sont de sa responsabilité exclusive.

4.2 Préparation du processus d'application de l'instrument dans les différents pays

Le premier pas pour garantir une application appropriée de l'instrument dans les pays est de définir qui seront les responsables du processus et de s'entendre sur leurs rôles et leurs responsabilités. Une proposition de distribution des rôles et des tâches pour le processus de mesure des FESP est présentée ci-après :

- L'ASN est responsable de désigner plusieurs personnes dignes de confiance pour faire partie de l'équipe de coordination responsable d'effectuer l'exercice de mesure, de façon à pouvoir préparer adéquatement les événements nécessaires à l'exercice,

choisir les animateurs nationaux qui devraient être formés pour appliquer l'instrument, définir le groupe des participants à partir des suggestions de profils faites par l'OPS et approuver le programme d'application de l'instrument qui lui sera proposé.

- L'équipe de coordination, appuyée par la représentation de l'OPS dans le pays, effectue toutes les tâches nécessaires concernant les aspects logistiques permettant le déroulement approprié de l'événement, ainsi que celles qui sont requises pour la réalisation de la mesure.

- Les représentants de l'OPS dans chaque pays de la Région doivent jouer un rôle très actif pour faciliter la tenue des activités (ateliers ou autres réunions) requises pour l'application de l'instrument. Ceci implique la coordination avec la personne ou l'équipe que l'Autorité sanitaire nationale aura désignée pour la représenter dans le processus de préparation de l'exercice de mesure de la performance des FESP dans son pays. Ces personnes devront définir les dates de tenue de l'exercice, le plan de travail pour la mesure, la liste des participants et la logistique que le processus requiert.

- La responsabilité qui incombe à la Division du développement des systèmes et des services de santé (HSP) de l'OPS consiste à promouvoir, en étroite coordination avec les autorités sanitaires nationales, l'application de l'instrument à l'échelle de tous les pays de la Région ; à soutenir le processus national de mesure par la représentation de l'OPS dans les pays ; à collaborer à la formation de l'ensemble des animateurs qui participeront à l'application ; à recueillir les évaluations rédigées par les participants à l'évaluation ; finalement, à systématiser l'information reçue et publier les résultats de l'exercice de mesure de la performance des FESP dans la Région.

En ce qui concerne les éléments logistiques de préparation de l'événement où se fera la mesure des FESP, on suggère de tenir l'activité, si possible, dans un endroit différent du lieu de travail habituel des participants, afin d'assurer leur entière disponibilité et une concentration appropriée à la réalisation de la tâche. L'endroit choisi devra avoir l'espace suffisant pour y placer tous les participants autour d'une table en forme de « U », afin de favoriser les échanges directs d'opinion. S'il est décidé de former plusieurs groupes pour l'analyse parallèle des fonctions, il faut prévoir autant de salles que nécessaire ainsi que l'équipement audiovisuel requis pour les présentations initiales et finales lors de l'événement.

Il est important de réitérer que l'objectif de cette mesure est de parvenir à ce que chaque pays s'approprie l'instrument, qu,Il puisse le perfectionner s'il le juge nécessaire pour des exercices futurs sur son territoire. L'application est conçue pour permettre une auto-évaluation dans chaque pays. Le choix d'animateurs nationaux qui pourront ultérieurement assurer un suivi dans l'utilisation de l'instrument est fondamental. Le travail de ces intervenants lors du premier exercice de mesure consistera à soutenir la tâche des animateurs externes qui seront disponibles pour travailler à cette application.

Une fois les animateurs nationaux désignés, une ou des réunions seront tenues afin de les initier à leur rôle. Ces rencontres seront organisées par la représentation de l'OPS, avec l'aide de l'équipe de coordination du pays. L'objectif de ces réunions est de permettre aux intervenants locaux de s'approprier l'initiative. Ceux-ci doivent faire partie de l'équipe responsable de diriger l'exercice de la mesure, tout en évitant, autant que possible, d'intervenir comme répondants.

Il est possible qu'un pays veuille profiter de l'exercice de mesure des FESP pour intégrer des mesures ou des fonctions additionnelles qu'il importe d'évaluer étant donné les conditions particulières de sa réalité ou du climat politique. Le processus devrait faciliter des mesures additionnelles. Il convient cependant de les séparer de la réponse à l'instrument. Si tel est le cas, la façon de procéder consiste à demander à l'équipe nationale de préparer, avant la tenue de l'exercice de l'application, une annexe à l'instrument, laquelle contiendra les nouvelles mesures ; on pourra répondre à cette annexe une fois l'application de l'instrument standard terminée.

Comme partie intégrante du processus logistique d'organisation de l'événement, on doit préparer des pochettes qui seront remises aux participants. Il est suggéré qu'elles contiennent au moins les éléments suivants :

1. L'instrument de mesure des FESP dans la langue officielle du pays
2. Le glossaire des termes utilisés dans l'instrument
3. Le formulaire d'évaluation individuelle, qui devra être rempli à la fin de l'événement et être remis à l'équipe organisatrice
4. Si on le juge nécessaire, la pochette pourra être complétée par des documents supplémentaires nécessaires au processus, tel que convenu par l'équipe organisatrice de l'événement.

L'instrument devra être envoyé lors de l'invitation à l'événement, afin que les participants puissent préalablement en prendre connaissance et obtenir les informations permettant de répondre de façon adéquate à l'exercice de mesure. On doit demander aux participants d'apporter à la réunion l'information qu'ils jugeront pertinente pour appuyer leurs réponses aux questions de l'instrument, information qui peut être mise à la disposition de l'équipe responsable de la mesure des FESP, notamment en ce qui concerne les questions spécifiques définies comme « moyens de vérification ».

La marche à suivre pour appliquer l'instrument dans chaque pays est la suivante :

1. Préparation d'un accord politique OPS/gouvernement pour la réalisation de l'exercice.

    a) Formalisation d'un accord entre l'OPS et le Ministère de la Santé en vue de réaliser l'exercice. Selon la réalité du pays, il peut être nécessaire que la correspondance officielle s'établisse entre les plus hautes autorités de l'OPS et du Ministère de la Santé.

b) Accord sur la contribution du Ministère de la Santé établissant les responsabilités individuelles de la représentation des deux groupes dans le processus de préparation de l'exercice (Ministère et OPS). Les membres ministériels doivent agir en tant qu'animateurs locaux durant l'exercice.

c) Tenue d'une série de rencontres entre les deux parties, au cours desquelles seront mis en commun :

- ♦ La « philosophie » qui sous-tend l'initiative « La santé publique dans les Amériques »
- ♦ Les caractéristiques et les détails de l'élaboration de l'instrument de mesure
- ♦ Le besoin de prévoir ce qu'il faudra faire pour contrer les « risques » potentiels pouvant se présenter au cours de l'exercice et dans sa préparation, tels :

  - ✓ La crainte de l'« évaluation » externe de la gestion nationale de la santé et de celle des autorités responsables des domaines couverts par l'instrument.
  - ✓ La crainte que l'évaluation donne lieu à une classification des pays de la Région selon leur degré de soutien à la pratique de santé publique.

2. Choix des participants à l'exercice comme compétence exclusive de l'Autorité sanitaire nationale. À cet égard, il est primordial d'accompagner le Ministère dans le processus de sélection, en s'assurant que ses représentants comprennent le raisonnement qui sous-tend le choix d'un groupe qui servira de noyau stable et, éventuellement, un groupe périphérique, en insistant sur l'importance que les membres du noyau stable soient présents tout au long de l'exercice. Le profil des participants décrit précédemment donne une orientation pour que le Ministère choisisse les participants et fournissent leurs noms et leurs prénoms. La représentation de l'OPS doit favoriser et insister sur l'interdisciplinarité de la composition du groupe et la provenance diverse de ses membres (appartenance aux niveaux centraux et sous-nationaux de la structure ministérielle, à des institutions non gouvernementales et universitaires).

3. Préparation des aspects logistiques de l'exercice (choix du lieu et de la date, rôle des participants, frais de séjour de ceux qui viennent de l'extérieur, secrétariat, fournitures, équipements, nourriture, ordinateurs équipés du logiciel de calcul du score, etc.).

4. Réalisation de l'exercice de mesure sous forme d'atelier. Sa durée sera de trois jours, conformément à ce qui a été établi dans le guide (voir plus loin, la proposition de programme). Il sera fait par les groupes, qui élaboreront une réponse consensuelle aux questions (mesures et sous-mesures) relative à chaque indicateur des onze fonctions essentielles.

5. Préparation du rapport final de la mesure. Le rapport est le résultat de la présentation d'un premier document de travail contenant la description du processus de mesure, les résultats de l'application de l'instrument en terme de scores des FESP et des indicateurs. Il comprend également les interprétations possibles des résultats en termes de facteurs pouvant expliquer le score final et l'identification de domaines prioritaires d'intervention pour renforcer la pratique de santé publique. Le rapport final sera ensuite rédigé une fois que l'autorité ministérielle aura fait ses remarques sur ce document de travail.

4.3 Déroulement du processus d'application de l'instrument

On recommande que l'événement soit organisé sous forme d'atelier intensif réunissant tous les participants afin de compléter l'exercice de l'application de l'instrument de mesure. L'application complète de l'instrument requiert un minimum de trois jours à raison de trois ou quatre FESP mesurées par jour.

De plus, le programme de l'atelier de l'application de l'instrument doit inclure une période pour l'ouverture de la session de travail, au cours de laquelle seront tout d'abord communiquées les directives et les attentes de l'ASN au sujet de la tâche à accomplir par les participants. Suivra ensuite une présentation du cadre conceptuel de la méthode de l'instrument de mesure et du caractère pratique du travail qui sera effectué durant l'atelier.

Après avoir réalisé la mesure exhaustive de chaque fonction, le programme doit inclure un moment pour la présentation de la synthèse des conclusions préliminaires les plus pertinentes résultant du processus de mesure des FESP dans le pays. La présence de l'Autorité sanitaire la plus élevée du pays est requise à ce moment. C'est là que s'effectue le processus d'analyse et de synthèse au cours duquel il est possible d'identifier globalement les secteurs déficitaires en matière de santé publique dans le pays et de faire des commentaires sur les voies de solutions envisageables pour y remédier. C'est le moment le plus important de l'exercice au cours duquel est approfondie l'interprétation des résultats de la mesure et où sont identifiées et analysées les faiblesses et les forces lesquelles permettront en outre d'élaborer un plan pour orienter les actions en vue d'améliorer la performance institutionnelle des FESP.

Finalement, on doit prévoir un moment dans le programme pour permettre à tous les participants de rétroagir envers l'équipe responsable du projet en ce qui concerne le contenu, la méthodologie et d'autres aspects du processus de mesure qui, à leur avis, peuvent être améliorés. Conscients que la participation active empêche parfois certains participants d'émettre ouvertement leur opinion personnelle, au terme de l'atelier, on remettra à chacun un formulaire d'évaluation qui sera recueilli à la fin de l'événement, de façon à assurer une évaluation écrite par tous les participants.

En résumé, le programme détaillé proposé pour l'événement devrait comprendre :

Premier jour de l'événement

45 minutes	Inauguration de l'événement. Message du (de la) représentant(e) de l'Autorité sanitaire nationale et du (de la) représentant(e) de l'OPS.
60 minutes	Présentation du cadre conceptuel et de la méthodologie de mesure des FESP.
6 heures	On calcule 90 minutes en moyenne pour chaque FESP. Il est important de s'assurer de la présence de tous les participants, mais en cas d'absence de certains d'entre eux, les participants du noyau stable doivent toujours être présents. On estime que, le premier jour, il est possible de compléter 2 ou 3 fonctions, mais cela peut varier selon la familiarité avec l'instrument, le degré de discussion et de l'atteinte de consensus des groupes. Il y a différentes manières d'aborder les fonctions de façon séquentielle : a) FESP 1 et 2, b) FESP 3 et 4, c) FESP 5 et 6, d) FESP 7 et 9. On peut répondre séparément aux FESP 8, 10 et 11 car elles ont des spécificités qui leur sont propres. Cependant, elles peuvent également être analysées en parallèle par différents groupes, selon la distribution choisie par chaque pays, tel que suggéré plus loin.

Deuxième jour de l'événement

8 heures	Le deuxième jour sera consacré exclusivement à la mesure des FESP ; on estime donc qu'il est possible de couvrir 5 ou 6 fonctions.

Troisième jour de l'événement

4 heures	Le troisième jour doit se terminer par l'exercice de mesure des fonctions qui restent à faire. On estime qu'il est raisonnable de consacrer une demi-journée à cette tâche et, par conséquent, on peut avancer dans 3 ou 4 fonctions.
4 heures	Plénière pour la présentation et l'analyse des résultats de la mesure, ainsi que la discussion au sujet des éléments les plus importants dans les trois sphères d'intervention qui orienteront l'action future de l'ASN à cet égard.
30 minutes	Évaluation participative de l'instrument et de la méthodologie de mesure.
45 minutes	Clôture de l'événement, à laquelle participent les autorités.

4.4 Composition des groupes

Le nombre optimal de participants à la discussion pour atteindre des consensus en groupe est d'environ 15 personnes. Dans le cas où les participants dépasseraient ce nombre, ou s'il faut travailler plus rapidement, il est possible que plusieurs groupes se partagent le travail en parallèle, chacun devant posséder la stabilité et la représentativité dont il est question plus tôt pour le groupe-noyau ; les groupes peuvent également intégrer d'autres participants spécialement invités pour certaines fonctions spécifiques, selon leur spécialité. Voici, à titre d'exemple, une répartition du travail en parallèle des groupes suivants :

Premier choix :
Groupe 1. FESP 1, 2, 5, 6 et 11
Groupe 2. FESP 3, 4, 7, 8, 9 et 10

Autre choix :
Groupe 1. FESP 1, 2, 10 et 11
Groupe 2. FESP 5, 6 et 8
Groupe 3. FESP 3, 4, 7 et 9.

4.5 Application de l'instrument dans les différents pays

La réponse à l'instrument est un processus collectif basé sur la recherche de consensus pour chaque sous-mesure. Les animateurs du processus présenteront chaque fonction, ses indicateurs et les mesures proposées, en guidant les participants et en les aidant à parvenir à un consensus pour chaque réponse. Dans certains cas, la réponse peut ne pas être tranchée, les participants auront l'occasion de compléter la réponse dans les jours suivants, sur une fonction en particulier.

On suggère que la méthode de mesure tienne compte des réponses individuelles initiales de chaque participant à la mesure[10] et qu'on commente ensuite le résultat collectif obtenu. Un graphique devrait être montré pour illustrer le pourcentage de « Oui » et de « Non » aux questions définies comme sous-mesures et la moyenne obtenue dans la mesure « mère », ce qui est fait automatiquement à l'aide du logiciel. En cas de divergences importantes dans les réponses des participants, on suggère de discuter davantage des arguments en faveur du « Oui » et du « Non », afin de parvenir à un consensus du groupe pour ces réponses.

Étant donné que le temps pour l'application totale de l'instrument est limité, il est recommandé de passer immédiatement à la sous-mesure suivante lorsque le groupe obtient une réponse majoritaire. Le groupe devra préalablement déterminer par consensus le pourcentage qu'il juge le plus approprié pour fixer la majorité (par exemple, 60 ou 70 %) dans l'un ou l'autre des deux sens possibles (Oui ou Non) à une mesure ou une sous-mesure. Si la majorité n'est pas obtenue, il s'agira de parvenir à un consensus au moyen de deux rondes de vote subséquentes aux discussions. Si à la suite de la discussion de groupe, on ne parvient toujours pas à un consensus majoritaire, on suggère que la réponse soit considérée comme négative, étant donné que, face à un doute au sujet de la performance, il est préférable de l'assumer comme une faiblesse à surmonter.

En résumé, la procédure recommandée consiste à voir la question « mère » correspondante sans y répondre immédiatement et à passer aux sous-mesures de cette question en recherchant le consensus dans la réponse affirmative ou négative. Après avoir répondu à toutes les sous-questions, on calculera, au moyen du logiciel, la réponse quantitative à la question-mère, obtenue par le pourcentage de réponses affirmatives aux sous-mesures qui la composent.

Le système de vote électronique (« Option Finder ») peut également être utilisé pour obtenir rapidement et sous forme graphique le profil des réponses individuelles, ce qui peut favoriser la construction de consensus.

[10] Il est utile de pouvoir compter sur une méthode d'enregistrement rapide des opinions individuelles, ce qui peut être obtenu par l'utilisation de cartes de deux couleurs définies qui représentent la réponse affirmative ou négative.

Il est probable que de nombreux participants n'auront pas les connaissances nécessaires au sujet de certaines fonctions en dehors de leur domaine d'expérience et de formation spécifique, ce qui rend difficile une réponse éclairée. C'est là une raison additionnelle pour recommander que l'instrument de mesure soit préalablement remis à tous les participants, afin qu'ils puissent le lire et chercher l'information requise pour donner une réponse la plus éclairée possible à toutes les questions de l'instrument. Au cours de tout l'exercice, il faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un exercice de mesure s'adressant à des experts sur l'objet de chaque fonction. Bien au contraire, le but recherché est que tous les participants répondent à toutes les questions.

Le processus de construction du consensus permettra à ceux qui ont des visions différentes quant au degré de développement de la santé publique dans le pays d'apporter leur point de vue et d'informer ceux qui sont moins familiers avec une fonction en particulier. Cependant, tous les participants doivent donner leur opinion à l'ensemble des questions afin d'élaborer une réponse collective, tous doivent avoir l'occasion de contribuer, par leurs connaissances, à tous les contenus et aspects des processus impliqués.

On doit insister sur le fait que l'objectif de l'exercice de mesure est d'obtenir une représentation la plus réaliste possible de la performance des fonctions de santé publique dans le pays. L'instrument atteindra son objectif s'il permet d'identifier les domaines faibles qui ont besoin d'être renforcés. Tout effort contribuant à cette fin et qui évite d'embellir la réalité doit être accueilli favorablement par les participants.

Durant l'application, il est probable que les participants posent des questions afin de mieux comprendre le sens de l'exercice de mesure ou pour clarifier un concept inclus dans l'instrument. Le glossaire qui est joint à l'instrument sert de point de référence pour homogénéiser la définition des termes qui sont utilisés dans l'instrument de mesure. Il doit être disponible durant l'exercice de la mesure, pour être utilisé si nécessaire. De plus, il y a une liste de questions posées fréquemment, auxquelles l'animateur doit être préparé à répondre ; elles ont été élaborées à partir des exercices de validation et des applications de l'instrument déjà réalisées dans les pays de la Région.

5. Logiciel de traitement du score de la mesure

Pour enregistrer et traiter les résultats des réponses des participants, un logiciel est offert afin de permettre de calculer directement et instantanément le score final de chaque question-mère, en fonction des réponses aux mesures et sous-mesures qui la composent et de faire un graphique avec les résultats obtenus. Pour manier cet instrument, il faut avoir des connaissances de base de Microsoft Excel.

Instructions pour l'utilisation du fichier *mesure.xls* :

1. Copier le fichier *mesure.xls* de la disquette A : sur le disque dur C : dans un sous-répertoire choisi par l'utilisateur et lui donner un nom permettant de le distinguer des autres fichiers utilisés par d'autres groupes ou dans d'autres mesures ;
2. Ouvrir Excel et choisir le fichier *mesure.xls* qui vient d'être copié sur le disque dur ;
3. En ouvrant le fichier *mesure.xls,* le programme demandera si on désire activer les macros du fichier. Choisir alors l'option « Enable Macros » (Activer les Macros) ;
4. Pour entrer les données des résultats de la mesure de chaque FESP, presser la touche F5 (Atteindre - Go To) et sélectionner la FESP sur laquelle on désire travailler ; on peut également utiliser la sélection des onglets des feuilles de calcul au bas de l'écran, cherchant avec les flèches du côté gauche et marquant l'onglet du tableau correspondant ;
5. Pour chaque question secondaire (les mesures et sous-mesures qui n'apparaissent pas en **caractères gras** ou en *italique*), entrer, dans la colonne B, dans les cellules grisées, le chiffre '**1**' quand la réponse est Oui ou '**0**' quand la réponse est Non. Le logiciel calcule automatiquement les résultats dans les indicateurs et dans les questions-mères. Le programme affichera automatiquement un message si, par erreur, on a essayé d'entrer une valeur différente de **0** ou **1.** Il ne permettra pas non plus d'entrer des données dans des cellules où on ne doit pas le faire.
6. Les graphiques, disponibles pour chaque FESP et pour les profils généraux, affichent automatiquement les résultats obtenus de la mesure. Les graphiques des FESP sont situés entre les colonnes C et I dans la partie supérieure de la page de leur FESP respective.
7. Le graphique général qui présente le profil de toutes les FESP se retrouve au début des feuilles, alors que les graphiques avec les résultats appréciés de l'évaluation par sphères d'intervention, sont disponibles dans les dernières feuilles du classeur. Pour entrer dans ces tableaux, sélectionner (chercher avec les flèches en bas à gauche de l'écran, l'onglet du tableau correspondant) la feuille qu'on désire examiner : *Fonctions essentielles*, *Atteinte de résultats* et de *processus-clés*, *Développement des capacités et de l'infrastructure*, *Développement des compétences décentralisées* (il est possible d'obtenir les graphiques d'évaluation dans les trois sphères d'intervention et de les exporter en deux formats : *standard* en ayant comme référence la valeur moyenne des résultats dans les onze FESP, et *national* en ayant comme valeur de référence celle qui sera adoptée par le groupe de participants).
8. Pour entrer la valeur de référence nationale adoptée pour établir le seuil séparant les forces des faiblesses, aller à la cellule J2 de chacune des trois feuilles des paliers d'intervention et entrer la valeur, qui devra être une fraction entre **0** et **1**, par exemple 0,7.

9. Il est possible d'exporter les graphiques dans tout autre logiciel de Windows, comme PowerPoint, Word, etc. Pour exporter les graphiques, appuyer sur la touche CTRL en même temps que sur la touche correspondant au graphique qu'on désire copier, conformément à la liste suivante :

   CTRL + r -> pour copier le graphique *Atteinte de résultats et de processus-clés (Standard)*
   CTRL + s -> pour copier le graphique *Atteinte de résultats et de processus-clés (National)*
   CTRL + c -> pour copier le graphique *Développement des capacités et d'infrastructure (Standard)*
   CTRL + b -> pour copier le graphique *Développement des capacités et d'infrastructure (National)*
   CTRL + d -> pour copier le graphique *Développement des compétences décentralisées (Standard)*
   CTRL + e -> pour copier le graphique *Développement des compétences décentralisées (National)*
   CTRL + f -> pour copier le graphique général des fonctions essentielles
   CTRL + g -> pour copier les graphiques de chacune des fonctions essentielles (pour ce faire, <u>se placer dans le tableau de la FESP où se trouve le graphique qu'on désire exporter</u>).

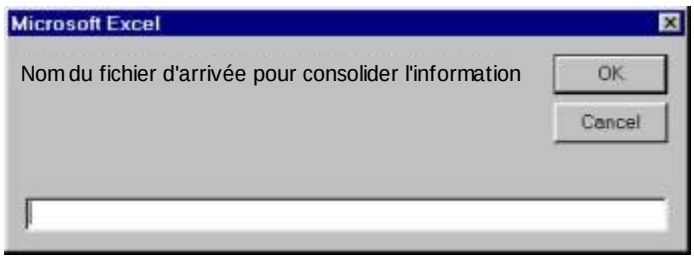
   Après avoir utilisé la combinaison de touches qui correspond au graphique qu'on désire exporter (une chaque fois), passer directement au programme choisi et faire « Coller » (Paste) ou encore, utiliser la combinaison de touches CTRL + v.

Instructions pour regrouper l'information du score des FESP :

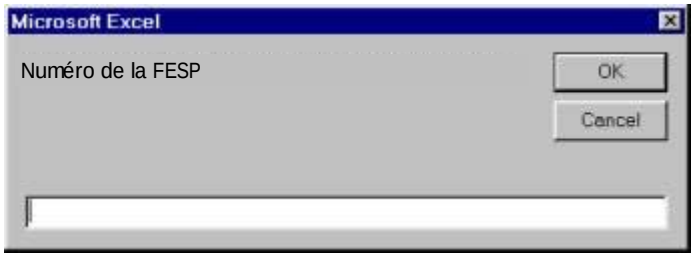
Pour transférer les résultats partiels de la mesure de chaque FESP à un fichier intégrant les résultats des onze FESP, quand ceux-ci ont été enregistrés dans les ordinateurs des différents groupes de travail, il faut que les instructions suivantes soient scrupuleusement suivies pour que le regroupement du score des fonctions essentielles se fasse automatiquement.

1. Entrer dans Excel, version 97 ou plus avancée
2. Ouvrir le fichier vide *mesure.xls*
3. Garder le fichier *mesure.xls*, en utilisant la commande « Enregistrer sous » ('Save as'), sous un autre nom, par exemple le nom du pays : MesureChili, MesureCostaRica, etc. Ce fichier va être le fichier d'*arrivée*, où se retrouvera l'information regroupée sur le score des FESP pour le pays.
4. Sans refermer le fichier d'*arrivée* qu'on vient de renommer, ouvrir le(s) fichier(s) contenant l'information des FESP. Ces fichiers sont dénommés fichiers de *départ*, parce qu'ils contiennent l'information à être consolidée. Les fichiers de *départ* et d'*arrivée* ne peuvent pas porter le même nom.

5. Pour effectuer le transfert et le regroupement de l'information, les fichiers d'*arrivée* et les fichiers de *départ* sur lesquels on va travailler devront être ouverts, et tous deux devront être dans une fenêtre agrandie.
6. Pour appeler l'un ou l'autre des fichiers, choisir dans le menu principal, avec le bouton gauche de la souris, l'option Windows et cliquer une fois. Choisir le fichier de *départ* contenant l'information qui doit être copiée. Il faut toujours tenir le fichier de *départ* ouvert et activé, et la fenêtre agrandie, afin de pouvoir, de là, mettre en marche la commande pour consolider chacune des FESP.
7. Dans le fichier de *départ*, appuyer sur les touches CRTL + "t" (minuscule). C'est alors qu'apparaîtra la fenêtre suivante :



8. Entrer le nom du fichier d'*arrivée* (ouvert préalablement en Excel) sans ajouter l'extension ou toute autre information et appuyer sur OK. C'est alors qu'apparaîtra la fenêtre suivante :



9. Entrer le numéro de la FESP qui va être copiée (seulement les numéros de 1 à 11) et appuyer sur OK.
10. Remarquer que l'information de la FESP a été copiée du fichier de *départ* au fichier d'*arrivée*.
11. Suivre de nouveau les instructions pour chacune des FESP, <u>en tenant compte que la commande CTRL + t doit être activée **SEULEMENT** à l'intérieur du fichier de *départ*, c'est-à-dire là où se trouve l'information à copier, mais que la fenêtre de chacun des fichiers (départ et arrivée) doit être agrandie</u>.
12. Une fois que la consolidation de toutes les FESP est terminée, sauvegarder le fichier d'arrivée.

6. Élaboration du rapport final

Durant l'exercice de mesure, l'équipe de coordination, avec l'aide des représentants de l'OPS, a recueilli et intégré au rapport final les résultats du processus de mesure et l'analyse participative. Il proposera à l'Autorité sanitaire nationale (Ministère ou secrétariat de la Santé) un rapport sur les résultats de la mesure des fonctions essentielles de santé publique dans le pays. Ce rapport restera à l'usage exclusif du Ministère et rendra compte des secteurs du système de santé publique qui apparaissent comme les plus forts, ainsi que les secteurs présentant des faiblesses et susceptibles de faire l'objet d'actions visant leur renforcement. Ce rapport diagnostic sera rédigé afin de servir de base à la formulation d'un plan de renforcement de la santé publique dans le pays cohérent avec les efforts régionaux similaires qui pourront être réalisés une fois que la situation de l'ensemble des pays de la Région aura été évaluée (prière de se référer au modèle de rapport). Le rapport à élaborer présente la structure suivante :

Introduction et contexte historique. Cette section contient une brève description de l'initiative « La santé publique dans les Amériques », ainsi qu'un résumé du processus de réalisation de mesure dans le pays, en mettant l'accent sur le caractère de la participation à l'événement et les principales remarques générales faites par les participants. Le programme de l'atelier d'application de l'instrument et la liste des participants seront annexés au rapport.

Processus. On fait ici l'énumération des membres du groupe coordonnateur et des animateurs locaux, ainsi que de la représentation de l'OPS locale et son mode de participation, le lieu de l'atelier.

Le rapport mentionne les critères de choix des participants, les organismes convoqués, les profils qui ont été suggérés, etc. Viennent ensuite la distribution des participants, le nombre de groupes, leur rôle selon la fonction et leur profil, l'ordre chronologique dans lequel les FESP ont été révisées par les groupes et le nombre de FESP faites par chaque groupe.

Cette partie présente également la distribution des rôles du groupe coordinateur, le choix du noyau central et la méthode de travail, avec les accords auxquels on en est arrivé, l'atteinte d'un consensus et, au moment de la mesure, le pourcentage et la valeur numérique.

Résultats. Les principaux résultats seront présentés au moyen d'un graphique en bâtons contenant le score final pour chaque FESP. On y indiquera la moyenne obtenue pour l'ensemble des FESP afin de se donner un point de repère à partir duquel on peut comparer le score obtenu pour chacune d'elles. Ensuite, on présentera les résultats de chaque fonction essentielle et de ses indicateurs dans un graphique semblable (11 en tout). Ces graphiques seront importés directement du logiciel. Chaque graphique sera expliqué sommairement dans le texte.

La présentation des résultats des FESP sera suivie de l'identification des sphères d'intervention, soit l'atteinte de résultats et les processus-clés ; le développement des capacités et de l'infrastructure ; le développement des compétences décentralisées. Les questions ont été classées selon qu'elles mesurent les forces et les faiblesses de chacune des sphères d'intervention mentionnées et qu'il importe de connaître afin de faciliter les décisions de l'ASN dans le processus de renforcement futur de la santé publique dans le pays.

Conclusions. Le rapport se termine par un chapitre de conclusions et de recommandations générales qui découlent des résultats. Dans ce chapitre, on inclura une vision critique des biais qui ont pu influencer le processus de mesure et qui peuvent expliquer le score atteint, indépendamment de la réalité du pays en matière de performance de chaque FESP. L'évaluation de l'exercice par les participants est une source fondamentale d'information pour la rédaction de ce chapitre, et ses résultats doivent y être résumés.

Un premier document de travail du rapport sera remis à l'autorité supérieure de l'ASN pour être analysé et pour la formulation de commentaires qui, de l'avis de l'autorité, doivent être inclus dans le rapport, tant dans sa forme que dans son contenu. Une fois que ces remarques pertinentes auront été intégrées, le rapport définitif de mesure de la performance des fonctions essentielles de santé publique dans le pays sera remis à l'ASN.

7. Évaluation de l'exercice d'application de l'instrument

À la fin de l'exercice d'application de l'instrument de mesure des FESP, une séance de 30 minutes doit être consacrée à l'évaluation de l'exercice par les participants au moyen de formulaire d'évaluation anonyme. Les questions de ce formulaire réfèrent à l'instrument et à la méthodologie d'évaluation, ainsi qu'à son processus d'application. Compléter ce formulaire est une partie très importante de l'application de l'instrument de mesure des FESP dans les pays ; les animateurs doivent donc s'assurer de recueillir tous les formulaires d'évaluation des participants.

Le formulaire d'évaluation est divisé en quatre sections (Processus, Structure, Contenu et Recommandations). La rétroaction obtenue à partir des formulaires contribuera à améliorer la conception future de l'instrument et son processus d'application. Les questions qui en font partie sont de deux types, fermées et ouvertes. On s'attend à ce qu'avec l'utilisation croissante de ces formulaires, la majeure partie des questions devienne du type fermé. Une fois remplis, les formulaires doivent être remis à l'animateur.