



Conseil économique et social

Distr. générale
20 décembre 2002
Français
Original: anglais

Commission de statistique

Trente-quatrième session

4-7 mars 2003

Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire*

**Statistiques démographiques et sociales :
statistiques de la santé**

Rapport de l'Organisation mondiale de la santé

Note du Secrétaire général

Conformément à la demande formulée par la Commission de statistique à sa trente-troisième session**, le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à la Commission le rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les statistiques de la santé. La Commission est invitée à examiner les activités courantes et les futurs plans de travail en statistique de la santé, qui sont présentés ici par l'Organisation mondiale de la santé.

* E/CN.3/2003/1.

** *Documents officiels du Conseil économique et social, 2001, Supplément No 4 (E/2001/24), par. 1.*



Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les statistiques de la santé

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1	3
II. Examen scientifique collégial.....	2–5	3
III. Consultations avec les experts techniques et avec les États membres.....	6–10	4
IV. Développement et diffusion des statistiques de la santé.....	11–15	5
V. Indicateurs spécifiques	16–22	6
VI. Le Rapport sur la santé dans le monde.....	23–31	7
VII. Renforcement des capacités des pays.....	32–40	8
VIII. Conclusions	41	12
 <i>Annexes</i>		
I. Réunions des groupes d'examen technique		13
II. Consultations régionales		14

I. Introduction

1. Le présent rapport résume les activités entreprises récemment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sujet des statistiques de la santé qu'elle publie; le rapport reprend les grands domaines de travail présentés par l'OMS à la Commission de statistique en mars 2002.

II. Examen scientifique collégial

2. Le Directeur général de l'OMS a proposé plusieurs mesures pour aider les États membres à contribuer régulièrement à l'évaluation par l'OMS de la performance de leur système de santé, dont le Conseil exécutif a pris note avec satisfaction dans sa résolution EB107.R8 de janvier 2001. Parmi ces mesures figurent les suivantes :

a) Établir un processus de consultation technique associant les personnels et rapprochant les perspectives des États membres des différentes régions de l'OMS, qui serait soutenu conjointement par le personnel de l'OMS au niveau des pays et aux niveaux régional et mondial;

b) Veiller à ce que chaque État membre soit consulté sur les données optimales à utiliser pour évaluer la performance du système de santé et reçoive à l'avance des informations sur les valeurs des indicateurs obtenus par l'OMS à partir de ces données;

c) Constituer un petit groupe consultatif dont feraient notamment partie des membres du Conseil exécutif et du Comité consultatif de la recherche en santé, qui pourrait aider à suivre la manière dont l'OMS appuie l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

3. En réponse à cette résolution, le Directeur général de l'OMS a constitué en octobre 2001 un groupe d'experts scientifiques indépendants (GESI), qui est présidé par le professeur Sudhir Anand, de l'Université d'Oxford, et qui est chargé d'examiner les structures et les méthodes utilisées pour suivre les performances des systèmes de santé nationaux. Ce groupe est composé d'experts techniques indépendants, d'universitaires et de décideurs, et représente toutes les régions de l'OMS. Ce groupe a présenté son rapport final au Directeur général en mai 2002. Ce rapport a été examiné par le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé en mai 2002, et la réponse du Directeur général aux recommandations consignées dans le rapport sera examinée par le Conseil exécutif en janvier 2003.

4. Le Groupe d'experts scientifiques, après s'être réuni à plusieurs reprises et après avoir présenté son rapport provisoire au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2002, a entériné la méthode d'évaluation des performances des systèmes de santé nationaux proposée par l'OMS après une série de consultations techniques et régionales sur les méthodes initialement appliquées. Cet examen englobait les méthodes de mesure des principaux résultats (santé, inégalité en matière de santé, réactivité, équité de la contribution financière), les performances des fonctions des systèmes de santé et la quantification des ressources mises à la disposition du système de santé. Le rapport du Groupe d'experts scientifiques indépendants (GESI) traite également des méthodes utilisées pour obtenir les données, et notamment pour établir le *Rapport sur la santé dans le monde*. Le Groupe fait également de

nombreuses suggestions sur la façon de poursuivre les travaux. Pour donner suite à ce travail, le Directeur général a établi plusieurs comités consultatifs composés d'experts indépendants, qui seront chargés de continuer à offrir à l'Organisation mondiale de la santé des avis techniques indépendants dans les domaines principaux relatifs aux statistiques de la santé.

5. Le rapport du Groupe d'experts scientifiques indépendants peut être consulté à l'adresse <www.who.int/health-systems-performance>. Dans l'intérêt de la transparence, tous les documents concernant les variables mesurées et les chiffres communiqués par l'OMS pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé nationaux sont disponibles sur le même site Web, ainsi que les critiques formulées et le débat qu'a suscité la méthode appliquée par l'OMS. Ce site est mis à jour occasionnellement.

III. Consultations avec les experts techniques et avec les États membres

Consultations relatives aux résultats et aux fonctions des systèmes de santé

6. Six consultations d'experts et une du Groupe scientifique ont eu lieu au sujet des méthodes appliquées pour mesurer les principaux résultats de l'activité des systèmes de santé, ainsi qu'aux principales fonctions qu'ils remplissent. Les participants étaient des experts de renommée internationale dans leur discipline propre. Chaque consultation a permis d'examiner les méthodes proposées pour mesurer des quantités particulières et a formulé des recommandations sur leur caractère approprié et sur les améliorations à y apporter éventuellement, et ces recommandations ont été prises en compte dans l'élaboration par le secrétariat de l'OMS des propositions, puis examinées par le Groupe d'experts scientifiques indépendants. On en trouvera la liste à l'annexe I; les rapports complets sont disponibles sur le site Web de l'OMS <www.who.int/health-systems-performance>.

7. En outre, des consultations régionales ont eu lieu sur le cadre général retenu et les méthodes utilisées pour mesurer la performance des systèmes de santé dans les six régions de l'OMS (voir la liste à l'annexe II). Les participants étaient les hauts fonctionnaires des États membres, des experts techniques, des universitaires venant de ces mêmes États membres et des membres des bureaux régionaux de l'OMS. On trouvera sur le même site Web les rapports de ces consultations et la liste des participants. Ces rapports ont aussi été utilisés pour mettre au point les méthodes révisées pour l'examen scientifique collégial et ont été examinés par le Groupe d'experts scientifiques indépendants.

Consultations avec les États membres sur les statistiques de la santé

8. L'OMS est presque chaque jour en relation avec les États membres sur les différents types de statistiques de la santé. Par exemple, il existe une interaction constante avec les pays au sujet des données nécessaires pour mettre à jour ou élargir les comptes nationaux de la santé publique et de nombreux programmes techniques reçoivent régulièrement les rapports des pays au sujet de variables telles que l'incidence des différents types de maladie, la couverture de certains types d'intervention (comme l'immunisation) et les taux de guérison. L'OMS est en

relation étroite avec les pays afin d'améliorer la capacité d'identifier et de signaler les épidémies.

9. En outre, un peu avant la publication annuelle du *Rapport sur la santé dans le monde*, l'OMS tient des consultations officielles avec les États membres sur leurs statistiques de la santé et sur les données collectées par elle, et notamment sur les chiffres établis pour les tableaux figurant en annexe (comme l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé et les dépenses de santé). Pendant cette période de consultations, les chiffres sont révisés, s'il y a lieu, avant publication définitive.

Demandes émanant des comités régionaux et des pays

10. Pendant les réunions des comités régionaux en 2001, un exposé d'information sur le *Rapport sur la santé dans le monde*, précisant les données à collecter, a été organisé à l'intention des États membres. On y a également examiné les plans en vue de la préparation de ce rapport. En 2002, beaucoup de pays avaient demandé à participer au premier cycle, qui commençait à la fin de 2002; 73 pays ont décidé de commencer à la fin 2002 la collecte de données sur le terrain.

IV. Développement et diffusion des statistiques de la santé

11. L'OMS s'est dotée d'une stratégie pour le développement à long terme des principaux indicateurs de la santé, dans le but de répertorier progressivement les indicateurs essentiels de la santé publique et de la performance des systèmes de santé, en y faisant figurer des informations sur les facteurs de risque, les maladies, les interventions, et les issues de santé. Ces indicateurs servent à la conception des politiques et programmes de santé et répondront aux cinq critères de qualité suivants; les indicateurs :

- a) Seront établis au moyen d'instruments de validité éprouvée;
- b) Offriront des données comparables entre pays, entre populations d'un même pays, et à des dates différentes;
- c) Seront assortis de mesures quantifiées de la fiabilité, et de mesures statistiques de l'incertitude;
- d) Seront examinés durant un cycle de consultations avec les États membres afin que les sources de données primaires qui n'auraient pas auparavant été signalées ou utilisées puissent être identifiées, pour que l'on puisse tirer parti des possibilités de compréhension mutuelle des atouts et des inconvénients des données disponibles et faire ainsi en sorte que les résultats soient largement acceptés;
- e) Soient vérifiables; l'accès aux données primaires doit être connu et libre (chaque fois que c'est possible), les techniques utilisées pour procéder aux ajustements ou aux corrections des erreurs systématiques doivent être expressément notifiées, de même que toutes autres modifications apportées aux données.

12. De nombreux programmes techniques de l'OMS ont mis en place des moyens de contrôle et d'évaluation sur la base de listes récapitulatives d'indicateurs recommandés. Ces moyens, en général, définissent des normes et des règles pour la mesure de 10 à 40 principaux indicateurs de la santé, en fonction de l'étendue et de la complexité du programme considéré. Des moyens ont ainsi été définis pour le paludisme, la tuberculose, les maladies épidémiques, la santé génésique, l'hygiène

du milieu, les produits pharmaceutiques, la performance des systèmes de santé, et les maladies non contagieuses et certains facteurs de risque. Certains groupes scientifiques procèdent à une réévaluation constante de l'applicabilité de ces moyens de contrôle, au niveau du pays, et de leur capacité de produire une information de qualité pouvant être utilisée et compilée à des fins statistiques.

13. Ce travail à vocation normative a offert la possibilité de renforcer les systèmes nationaux d'information sur la santé ainsi que certains de leurs sous-systèmes. Par exemple, le Département « Maladies transmissibles : surveillance et action » a élaboré une méthode cohérente de surveillance des maladies transmissibles, qui met en commun les ressources et les capacités des laboratoires du réseau de surveillance, les données d'état civil, la notification des services fournis et les postes sentinelles. Le Groupe « Maladies non transmissibles et santé mentale » propose de son côté une méthode graduelle de surveillance des facteurs de risque, qui utilise successivement une évaluation par questionnaire, des mesures physiques et des évaluations biochimiques.

14. La formulation précise d'un ensemble de principaux indicateurs de la santé et de normes de qualité des données, associée à la mise en place de moyens simplifiés de production des données, est désormais à la base de la plupart des programmes techniques de l'OMS; le but est de produire au niveau du pays une information complète et significative sur la santé.

15. Les données sur les indicateurs de santé figurant parmi les objectifs de développement pour le Millénaire et les autres statistiques de santé seront publiées périodiquement, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, dans l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde*, et elles seront également diffusées par le site Web de l'OMS pour chaque pays. Cette information, annotée de façon à bien montrer ses limites, sera à la disposition des décideurs, des journalistes et des collectivités locales. Ces systèmes seront structurés de façon à offrir des liens avec d'autres sources, chaque fois que possible, et seront conçus de façon à permettre une utilisation productive des données aux niveaux mondial, régional et même local. Le mode d'emploi de ces sources mondiales d'information sera intégré dans les directives et dans les manuels de formation pour la création de capacités nationales.

V. Indicateurs spécifiques

16. On trouvera ici une mise à jour des informations disponibles sur des indicateurs spécifiques élaborés depuis qu'en mars 2002, l'OMS a présenté son rapport à la Commission de statistique; on n'indique ici que ce qui est nouveau.

Santé de la population

17. Depuis 50 ans, les États membres communiquent chaque année à l'OMS les statistiques des causes de décès, établies d'après les données d'état civil. On reçoit ainsi des données d'environ 120 États membres, qui sont vérifiées en collaboration avec eux. Les tables de survie, dans 191 États membres, en 2000, ont récemment été publiées¹. En outre, une série de documents sur les moyens sommaires de mesurer l'état de santé de la population, découlant de consultations techniques qui ont contribué au développement de mesures de l'espérance de vie en bonne santé utilisée par l'OMS seront publiées sous forme d'ouvrages imprimés avant la fin de 2002².

18. Quatre années de travaux, de mesure et d'analyse de la charge associée aux grands risques sanitaires ont abouti à la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* sur ce thème. C'est la première fois que des informations comparables sont ainsi rassemblées aux niveaux mondial et sous-régional : les résultats sont présentés pour les 14 sous-régions épidémiologiques. Le rapport ne se borne pas à quantifier l'ampleur de la charge associée à chaque risque, mais souligne également les coûts et les effets d'interventions diverses ayant pour but de la réduire. Plus de 100 collaborateurs extérieurs ont participé à ces travaux : les estimations ont ensuite été revues à la faveur d'un examen collégial rigoureux. Le recueil de ces estimations détaillées sera publié en 2003.

Comptes nationaux de la santé

19. Les tableaux qui figurent à l'annexe du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* s'appuyaient sur les chiffres de dépenses de santé, et les développaient en une série chronologique relative à chaque pays entre 1995 et 2000. Ce sont les données relatives aux cinq années les plus récentes qui sont maintenant consignées. Ce processus comporte une interaction régulière avec les États membres et avec d'autres organismes travaillant dans ce domaine, tels que la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). On met actuellement la dernière main à l'ouvrage qui sera publié en collaboration avec la Banque mondiale et l'USAID (Agency for International Development) et avec la participation de l'OCDE. Des ateliers de sensibilisation et de création de capacités à vocation régionale et nationale ont également été organisés de façon intermittente – par exemple, une réunion de sensibilisation des décideurs des pays de l'Afrique centrale et de l'Afrique occidentale aura lieu à la fin de janvier 2003 au Sénégal, après une réunion similaire organisée en juin 2002 à Nairobi.

Contribution financière des ménages aux dépenses de santé

20. Suivant les recommandations du Groupe d'experts scientifiques indépendants (GESI), l'OMS déterminera et publiera l'impact de la contribution financière des ménages aux dépenses de santé sur la répartition des revenus et la pauvreté, ainsi que sur le fardeau ainsi imposé aux ménages. Une nouvelle formulation de l'indicateur de l'équité de la contribution financière a été approuvée par le Groupe d'experts scientifiques, l'OMS fera également rapport sur la proportion de ménages pour qui les dépenses de santé atteignent un niveau catastrophique. L'OMS a intensifié ses relations avec les États membres afin de répertorier les enquêtes récentes sur les ménages dans lesquelles figurent des données relatives aux dépenses de santé. Ce travail utilise largement les données provenant de l'étude de la mesure des niveaux de vie qu'organise la Banque mondiale.

Les classifications internationales de l'OMS

21. Un réseau de centres de l'OMS a été créé pour surveiller l'application et la mise à jour de l'ensemble des classifications internationales de l'OMS. En outre, un comité consultatif offrira une aide technique à l'OMS à cette fin. Les directeurs des centres qui collaborent avec l'OMS se réunissent chaque année. Leur dernière réunion a eu lieu à Brisbane (Australie) du 14 au 19 octobre 2002. Cinq comités ont été créés à cette occasion pour conseiller l'OMS et guider les travaux relatifs au développement, à l'application, à la mise à jour et à l'utilisation de cet ensemble de classifications internationales : le comité de développement de l'ensemble, le comité

d'application et son sous-groupe de la formation et de la vérification des compétences techniques, le groupe des statistiques de mortalité, le comité de la mise à jour et le comité des moyens électroniques. Le rapport intégral de la réunion de 2002 peut être consulté au site <<http://www.who.int/whosis/icd10/collabor.htm>>.

22. L'OMS a organisé, à Trieste (Italie) du 17 au 22 avril 2002, une conférence sur la santé et le handicap. Des tables rondes ont examiné les relations entre santé et richesse des nations, et entre santé et handicap. En outre, des séances ont été consacrées aux statistiques des handicaps, à la place de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans les systèmes d'information sur la santé, et à la place de la CIF en pratique clinique et dans les enquêtes internationales. La réunion a mis en évidence la nécessité d'un cadre commun permettant de décrire et de mesurer, à des fins très diverses, les rapports entre santé et handicap. On trouvera le rapport intégral de la réunion au site <<http://www.who.int/classifications/icf>>.

VI. Le Rapport sur la santé dans le monde

23. Le Groupe d'experts scientifiques indépendants a examiné la proposition relative au *Rapport sur la santé dans le monde* ainsi que les résultats de l'étude multinationale sur les enquêtes sur les ménages, de l'OMS, réalisée durant la période 2000-2001; il a recommandé d'adopter la proposition. L'objet n'est pas de supplanter les systèmes courants d'information, mais de les compléter. L'OMS demeure soucieuse d'aider les pays à développer leurs propres systèmes d'information courante sur la santé et, en particulier, les systèmes qui s'appuient sur les données d'état civil.

24. L'enquête a été lancée dans 73 pays où les gouvernements ont souhaité ou accepté d'y participer, dans l'ensemble des régions de l'OMS. Un rapport détaillé paraîtra à ce sujet dans le cadre du rapport publié par la Division de statistique de l'ONU sur les travaux de la réunion du Groupe d'experts qui s'est tenue à New York du 8 au 11 octobre 2002, sous le titre « Analyse des caractéristiques fonctionnelles des enquêtes sur la santé dans les pays en développement et en transition : coûts des enquêtes, effets de la conception des enquêtes et erreurs autres que les erreurs d'échantillonnage ». On trouvera ci-après un bref rapport sur cette réunion.

25. Les travaux préparatoires ont comporté un examen systématique des instruments utilisés pour mesurer l'état de santé et les issues de santé, l'acceptation d'un schéma commun à utiliser pour ces mesures et l'examen critique de la question par le Groupe d'experts scientifiques indépendants. L'instrument d'enquête avait été élaboré en consultation avec les groupes techniques, relevant ou non de l'OMS, et a été testé de façon rigoureuse, pour déterminer s'il est culturellement applicable et pour établir ses propriétés psychométriques dans les langues locales dans lesquelles sont menées les enquêtes auprès des ménages, dans 61 pays³. L'instrument révisé a alors été prétesté dans 12 pays, de façon que la version définitive utilisée pour l'établissement du *Rapport sur la santé dans le monde*, dans le cycle actuel, puisse être adoptée.

26. Comme on l'a signalé en mars 2002, cet instrument a été élaboré de façon modulaire et il comprend un questionnaire proposé aux ménages et un questionnaire proposé aux individus. Le premier collecte des informations démographiques et des informations sur l'existence ou non d'une assurance maladie dans le ménage, le

revenu permanent et les dépenses consacrées à la santé. En outre, des questions sont posées aussi sur la couverture de certaines interventions et la présence de problèmes de santé invalidants dans le ménage de la personne choisie pour répondre au nom du ménage. Le questionnaire adressé aux individus, choisi de façon probabiliste au sein du ménage, comporte des questions sur l'état de santé, la valeur attachée à cet état de santé, la mortalité, et notamment l'histoire des naissances successives dans la famille, la survie des frères et soeurs, les facteurs de risque, la couverture des interventions majeures, la réactivité du système de santé, l'importance relative des objectifs du système de santé et le capital social.

27. L'OMS a mis en place un processus complexe de contrôle de la qualité et de soutien technique aux pays, faisant appel à des experts internes et externes. Des ateliers régionaux de formation ont eu lieu, dans le but de former tous les enquêteurs à la méthodologie retenue pour le *Rapport sur la santé dans le monde* et pour bien montrer l'importance des protocoles d'assurance de la qualité. Des matériaux de formation, tels que les CD-ROM interactifs, comportant des séquences vidéo, ont été fournis à tous les sites. Un groupe de conseillers techniques aide l'OMS à mettre en place des sites consacrés à la conception, la mise en oeuvre, l'analyse et l'établissement ultérieur de rapports. Les ateliers d'analyse des données auront lieu une fois que toutes les données auront été collectées, et les rapports nationaux seront rédigés afin de diffuser les résultats.

28. En outre, des dispositions sont prises pour coder géographiquement la localisation des enquêtes; on commence à cet effet dans 18 pays africains. Cela a été utilisé en partie comme moyen de contrôle de la qualité, et en partie en vue de l'analyse ultérieure, de façon à localiser sur des cartes les enquêtés ayant répondu, pour comparer cette répartition géographique à celle des services de santé disponibles par exemple. La confidentialité est toujours préservée.

29. L'information collectée par les enquêtes du *Rapport sur la santé dans le monde* offriront pour la première fois des données authentiquement comparables d'une population à l'autre, portant sur l'état de santé et les issues de santé dans des populations représentatives du monde entier. Le niveau et la répartition de ces paramètres, qui seront reliés aux données provenant des systèmes d'information géographique, seront un puissant moyen d'information permettant une analyse détaillée de l'équité au regard de la santé et serviront d'importantes contributions pour l'élaboration de politiques de la santé publique et de la lutte contre la pauvreté, ainsi que pour la rédaction des documents de stratégie de réduction de la pauvreté des États membres.

30. Le *Rapport sur la santé dans le monde* s'appuiera sur les réseaux régionaux, et notamment sur le programme régional pour l'amélioration des enquêtes et la mesure des conditions de vie en Amérique latine et dans les Caraïbes (MECOVI); des discussions ont eu lieu en décembre 2002 avec l'USAID sur la façon d'assurer la meilleure interaction possible avec les enquêtes démographiques et sanitaires. Des partenariats sont en cours de création avec ces enquêtes et avec d'autres réseaux afin de développer la collaboration et de mettre en valeur les complémentarités dans la mesure de la santé et des indicateurs relatifs à la santé. Tous les instruments, protocoles et informations de référence utilisés pour le *Rapport sur la santé dans le monde* peuvent être consultés au site <<http://www.who.int/whs>>.

Les initiatives régionales et le *Rapport sur la santé dans le monde*

31. Le programme MECOVI (voir plus haut) a été lancé en 1996; c'est une coopération de la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale et la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Le bureau régional de l'Organisation panaméricaine de la santé et le PNUD ont, dans cette entreprise, le statut de membre associé. L'objectif premier est d'améliorer les données provenant des enquêtes auprès des ménages, c'est-à-dire leur qualité, leur rapidité, leur accessibilité et leur utilité. L'OMS contribue activement à cette initiative dans la région afin de voir comment le *Rapport sur la santé dans le monde* peut s'y intégrer afin d'éviter les doubles emplois, de tirer parti des synergies pour aider les États membres et pour créer des capacités de conception, d'exécution et d'analyse des enquêtes sanitaires.

VII. Renforcement des capacités des pays

32. La stratégie de l'OMS pour améliorer les statistiques de la santé dans les États membres aux niveaux national et territorial consiste à :

- a) Aider les pays à utiliser au mieux les données disponibles;
- b) Comblent les lacunes que présentent les données, en mettant au point un mécanisme pour fournir les renseignements dont ont besoin les décideurs mais qui ne sont pas systématiquement collectés, d'une façon qui complète les activités des systèmes courants d'information sanitaire;
- c) Inciter plus activement les pays à produire, utiliser et faire connaître l'information sanitaire.

Cette stratégie fait partie des efforts de l'OMS pour renforcer les capacités nationales et créer des réseaux multinationaux et interrégionaux.

Renforcer les capacités nationales

33. Le renforcement de la capacité nationale d'évaluer et de développer la politique et les systèmes de santé publique (notamment en produisant, analysant et utilisant des statistiques de la santé) est recherché de plusieurs manières. Il y a d'abord l'expansion du programme d'ateliers et de séminaires aux niveaux mondial, régional ou national, ainsi qu'un travail plus intense avec les États membres qui demandent une telle collaboration. Pour assurer la flexibilité maximale, tous les ateliers et séminaires sont conçus selon une formule modulaire.

34. Par exemple, deux nouveaux cours de formation, d'une semaine chacun, ont été organisés – l'un sur la pauvreté et l'autre sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Ils ont eu lieu pour la première fois en octobre 2002; ils ont regroupé 70 participants, venant de 59 pays différents de toutes les régions de l'OMS. Ces nouveaux cours complétaient les modules de formation portant sur la charge de la morbidité et l'analyse coûts-avantages, qui sont organisés avec la coopération de l'Université Harvard depuis plus de 10 ans. Soixante participants, de toutes les régions de l'OMS, ont suivi ces modules de formation.

35. Un module de formation sur les enquêtes sanitaires a eu lieu pour la première fois en novembre 2001; il a été modifié et sera organisé à nouveau en 2003. Cet

atelier porte sur le contrôle de qualité de l'enquête menée en vue du *Rapport sur la santé dans le monde*.

36. En 2002, l'OMS a travaillé avec des équipes techniques de plusieurs pays à l'analyse des données qu'elles ont collectées dans le cadre de l'étude multinationale sur les enquêtes auprès des ménages 2000-2001, entreprise dans 63 États membres. Certaines de ces réunions ont eu lieu à Genève, d'autres dans les pays qui en ont fait la demande. Parmi les thèmes traités figurent l'inégalité devant la santé, les niveaux de santé, le caractère équitable des contributions financières et la réactivité des systèmes de santé. Ces réunions se poursuivront en 2003, à la demande, et un atelier sous-régional sur la charge de morbidité a été organisé à l'intention des États du Golfe, à leur demande au début de 2003.

37. Des unités techniques de l'OMS continuent à travailler avec les États membres, à leur demande, pour améliorer les capacités de collecte et d'utilisation des informations courantes sur certaines maladies telles que la tuberculose, le sida et le paludisme.

38. Un autre moyen de renforcer les capacités nationales réside dans les travaux communs d'analyse – qu'il s'agisse des données ou des options d'une politique de la santé. L'intérêt accru porté à une évaluation de la performance, comme moyen de mieux diriger des systèmes décentralisés, a amené l'OMS à collaborer avec l'Indonésie, le Mexique, l'Espagne et d'autres pays pour appliquer le cadre conçu par l'OMS au niveau territorial.

39. D'autres stratégies sont envisagées dans le cadre de l'« Initiative en faveur des pays », afin de renforcer les capacités du personnel de l'OMS s'agissant des systèmes de santé. Pour cela, on réorientera du personnel des programmes d'intervention vers les questions que soulèvent les systèmes de santé; on donnera un appui plus systématique au personnel des systèmes de santé publique existants; et on recrutera des spécialistes des systèmes de santé qui seront affectés à des bureaux nationaux ou des bureaux régionaux. Le siège de l'OMS apportera aussi un soutien technique direct sélectif à certains pays, en coopération avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

Réseaux multinationaux et interrégionaux

40. Il est nécessaire de faciliter la constitution de réseaux de personnes et d'institutions, à l'échelle de plusieurs pays ou de plusieurs régions, afin de contribuer à l'évaluation, à l'analyse et au développement des politiques. Les bureaux régionaux de l'OMS soutiennent déjà plusieurs réseaux, ainsi que des réseaux mondiaux tels que l'« Initiative d'amélioration de la performance des systèmes de santé », qui pourrait être plus systématiquement développée pour se transformer en un réseau unissant tous ceux qui produisent et utilisent les données factuelles. L'OMS soutient déjà des réseaux régionaux sur les comptes nationaux de la santé et la formation d'équipes nationales. Environ 70 pays ont déjà des comptes nationaux de la santé publique assez complets. Les dépenses publiques et les dépenses que les ménages consacrent à la santé permettent à ce jour de constituer des données sur les sources de financement dans 191 pays.

VIII. Conclusions

41. L'OMS a mis en oeuvre un examen sans précédent des techniques qu'elle utilise pour développer les statistiques de la santé, et notamment les ressources utilisées, les fonctions et les résultats du système de santé. Il a fallu pour cela mener des consultations techniques et régionales, et procéder à un examen collégial scientifique formel. L'OMS continue à travailler avec les pays, à leur demande, afin de renforcer leurs capacités de collecter et d'analyser leurs propres données. Des services techniques, dans de nombreux domaines, travaillent systématiquement avec les pays pour renforcer les méthodes utilisées pour mesurer et publier les indicateurs relatifs à des maladies ou situations médicales spécifiques, et notamment la surveillance des maladies. Des comités d'experts et des partenariats avec d'autres organisations et organismes (comme l'initiative « Faire reculer le paludisme » et l'initiative « Halte à la tuberculose ») jouent dans ce processus un rôle important. En raison de sa volonté constante de faire en sorte que les statistiques de santé soient fiables, valides et comparables, et qu'on puisse en retrouver systématiquement l'origine pour en vérifier la validité, l'OMS s'emploie actuellement à établir des comités consultatifs supplémentaires composés d'experts extérieurs, afin d'offrir des conseils d'experts systématiques sur ses activités ayant trait aux processus, ressources et résultats des systèmes de santé, et pour renforcer ses liens avec d'autres organismes travaillant dans ce domaine.

Annexe I

Réunions des groupes d'examen technique*

1. Mesures de l'efficacité des systèmes de santé, New Orleans, janvier 2001.
2. Concepts et méthodes pour la mesure de la réactivité des systèmes de santé, Genève, septembre 2001.
3. Bonne gestion des systèmes de santé, Genève, septembre 2001.
4. Couverture effective des systèmes de santé, Rio de Janeiro, septembre 2001.
5. Stratégies statistiques de comparabilité entre populations, Boston, octobre 2001.
6. Équité de la contribution financière, Genève, octobre 2001.
7. Inégalités devant la santé, Genève, novembre 2001.
8. Classification et mesures de la santé :
 - Mesures récapitulatives de la santé d'une population, Marrakech (Maroc), décembre 1999;
 - Première réunion du groupe de travail préparatoire sur la mesure de l'état de santé, Genève, 2-3 août 2000;
 - Deuxième réunion du groupe de travail préparatoire sur la mesure de l'état de santé, Genève, 4-5 septembre 2000;
 - Réunion d'un comité d'experts sur la mesure et la classification des statistiques de santé, Genève, 11-12 septembre 2000;
 - Réunion commune CEE/OMS sur la mesure de l'état de santé, Ottawa, 23-25 octobre 2000.

* La version intégrale des rapports est disponible sur le site : <www.who.int/health-systems-performance>.

Annexe II

Consultations régionales*

1. Région OMS de l'Afrique : réunion consultative régionale sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, Harare, 18-20 juillet 2001.
2. Région OMS des Amériques : consultation régionale des Amériques sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, Washington, D.C., 8-10 mai 2001.
3. Région OMS de l'Asie du Sud-Est : consultation régionale et atelier technique sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, New Delhi, 18-21 juin 2001.
4. Région OMS de l'Europe : consultation européenne sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, Copenhague, 3 et 4 septembre 2001.
5. Région OMS de la Méditerranée orientale : consultation régionale sur le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance des systèmes de santé, Ain Saadeh (Liban), 9-11 juillet 2001.
6. Région OMS du Pacifique occidental : consultation régionale sur l'évaluation de la performance du système de santé, Manille, 3-5 juillet 2001.

Notes

- ¹ A. D. Lopez, O. B. Ahmad, M. Guillot, B. D. Ferguson, J. A. Salomon, C. J. L. Murray et K. H. Hill, « La mortalité dans le monde en 2000 : tables de survie dans 191 pays », Organisation mondiale de la santé, Genève, 2002.
- ² *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Application* (OMS, à paraître).
- ³ Voir T. B. Ustun et al. *WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*, document électronique de discussion No 37, OMS, 2001.

* La version intégrale des rapports est disponible sur le site : <www.who.int/health-systems-performance>.