

OMS

Suivi de l'état de santé du monde

Bien connu, le mot d'ordre de l'OMS

La santé pour tous en l'an 2000 recouvre des stratégies mondiale, régionales et nationales moins connues. C'est pour suivre les progrès induits par ces stratégies que l'OMS réalise des rapports d'évaluation et de surveillance qui s'appuient sur des indicateurs progressivement mis au point.

En 1977, la trentième Assemblée mondiale de la santé a fixé à l'OMS comme objectif prioritaire de « faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants de la planète à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». Cet objectif est une interprétation de l'article premier de la constitution de l'OMS stipulant qu'il faut « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Pour appliquer cet objectif, la stratégie mondiale de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981.

Cette stratégie a pour axes principaux l'équité et le développement des soins primaires, par la mise en place progressive de programmes de santé touchant l'ensemble des populations.

Les soins primaires, au sens de la déclaration de la Conférence d'Alma-Ata* sont des soins de santé



Les institutions de l'OMS

La structure de l'OMS comprend trois organes centraux qui siègent à Genève : l'Assemblée mondiale de la santé, le Conseil exécutif, et le secrétariat dirigé par le directeur général de l'Organisation (actuellement le D^r H. Nakajima).

- L'Assemblée mondiale de la santé a pour rôle essentiel d'arrêter la politique globale de l'OMS, et de prendre toutes les mesures utiles à sa réalisation. Elle adopte notamment des règlements obligatoires pour les États membres (nomenclatures, standards, normes...), elle examine les propositions du Conseil exécutif et entérine les textes des rapports avant leur publication.
- Le Conseil exécutif et le secrétariat sont des instances exécutives. Elles ont pour missions de préparer l'ordre du jour des sessions de l'Assemblée mondiale de la santé, de lui proposer des recommandations (en particulier pour la mise en œuvre de programmes de santé et de stratégies ou pour la création d'outils nécessaires à l'évaluation : indicateurs...), et de suivre l'application des résolutions prises par l'Assemblée.

Le trait caractéristique de l'OMS est de comporter en outre des structures décentralisées : les six régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-est, Europe, Méditerranée orientale, Pacifique occidental). Chaque région est dotée d'un comité régional et d'un bureau régional. Le rôle des bureaux régionaux n'est pas seulement de suivre l'application des décisions prises au niveau central, il est aussi de concevoir des politiques et des activités locales.

essentiels fondés « sur des méthodes et des techniques, scientifiquement valables, socialement et économiquement acceptables ». Ils sont le premier niveau de contact des personnes et de la famille avec le système de soins : éducation et promotion de la santé, protection mater-

* Conférence internationale sur les soins primaires, organisée conjointement par l'OMS et l'Unicef, en 1978.

nelle et infantile, vaccinations, approvisionnement en eau potable, traitement des maladies courantes, maîtrise des endémies locales...

Mais la stratégie mondiale ne développe que des objectifs globaux, qui ne suffisent pas à couvrir les besoins spécifiques de tous les pays.

Ainsi, les États membres ont été invités à proposer individuellement des

politiques et des plans proprement nationaux en accord avec l'objectif de « santé pour tous ».

Par ailleurs au plan régional, les États membres se sont groupés pour formuler collectivement des stratégies : le bureau Europe, par exemple, a défini en 1984 sa stratégie qui prévoit la réalisation de trente huit buts.

Stratégies nationales et régionales contribuent donc à prolonger et à compléter localement la stratégie mondiale, tout en demeurant fidèles à ses principes directeurs.

Le choix de la stratégie mondiale, et des stratégies locales qui en dépendent, induit la mobilisation d'énormes ressources tant humaines que matérielles à long terme. Il n'est donc pas étonnant que, dès l'origine de la formulation de l'objectif de « la santé pour tous d'ici l'an 2 000 », l'Organisation consciente des enjeux ait affiché sa volonté de surveiller les progrès et d'évaluer régulièrement l'efficacité des stratégies mondiale et régionales.

La surveillance et l'évaluation périodiques constitue pour l'OMS « un moyen systématique » d'améliorer les programmes de santé, et de guider au mieux la gestion de l'infrastructure et des ressources qui leur sont octroyées.

Indicateurs

Les méthodes de surveillance et d'évaluation reposent sur des indicateurs.

Les indicateurs OMS sont des variables qui ont une fonction instrumentale : ils doivent servir à mesurer objectivement les changements concrets sur l'état de la santé qui résultent du développement des stratégies. Ils doivent autoriser une comparaison temporelle et géographique qui permet de situer les niveaux de santé dans différents pays et d'apprécier les rythmes d'évolution des progrès.

Le choix d'un indicateur dépend de sa validité, de son degré de sensibilité, de sa spécificité pour un objectif donné, et surtout de sa fiabilité. Ce dernier critère met en relief la nécessité absolue de disposer

Les 20 indicateurs mondiaux de l'OMS

I. Tendances de l'état de santé

- n° 1 Espérance de vie à la naissance
- n° 2 Taux de mortalité infantile
- n° 3 Taux de mortalité des moins de 5 ans
- n° 4 Taux de mortalité maternelle
- n° 5 Pourcentage de nouveau-nés pesant au moins 2 500 g à la naissance
- n° 6 Pourcentage d'enfants dont le poids pour l'âge et/ou le poids pour la taille sont acceptables
- n° 7 Pourcentage de la population disposant d'eau saine, d'installations pour l'élimination des excréta
- n° 8 Pourcentage de la population concernée bénéficiant d'aide pour la grossesse, l'accouchement et pour les soins aux enfants de moins de un an
- n° 9 Pourcentage de femmes en âge de procréer qui ont recours à la planification familiale

II. Mise en œuvre des soins de santé primaires

- n° 10 Pourcentage des nourrissons, atteignant l'âge d'un an, complètement vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite, le tétanos et la tuberculose
- n° 11 Pourcentage de la population bénéficiant de services pour le traitement des maladies, des traumatismes courants et pouvant se procurer, à une heure de marche ou de voyage au maximum, les médicaments essentiels (liste nationale)
- n° 12 Pourcentage de la population couvert par les soins de santé primaire (avec au minimum les 5 éléments définis dans les indicateurs 7 à 11)

III. Développement des systèmes de santé fondés sur les soins primaires

- n° 13 La santé pour tous continue de recevoir la sanction officielle la plus élevée
- n° 14 Les mécanismes destinés à associer la population à la mise en œuvre des stratégies fonctionnent complètement ou font l'objet d'une mise au point approfondie
- n° 15 La quantité d'aide internationale reçue ou donnée pour la santé
- n° 16 Pourcentage du produit national brut consacré à la santé

IV. Ressources pour la santé

- n° 17 Pourcentage des dépenses nationales de santé consacré aux services de santé locaux
- n° 18 La répartition des ressources destinées aux soins de santé primaires devient plus équitable

V. Tendances concernant les modes de vie et l'environnement favorables à la santé

Les indicateurs mondiaux restent à définir

VI. Tendances démographiques et socio-économiques

- n° 19 Taux d'alphabétisation pour les adultes
- n° 20 Produit national brut par habitant

d'un système d'information performant (de collecte et d'analyse des données) pour garantir la qualité de l'indicateur.

Actuellement, l'OMS utilise vingt indicateurs mondiaux, groupés en cinq classes : indicateurs de « tendances de l'état de santé », de « mise en œuvre des soins de santé primaires », de « développement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires », de « ressources pour la santé », de « tendances démographiques et socio-économiques ».

Il existe une sixième classe : « tendances concernant les modes de vie et l'environnement favorables à la santé », pour laquelle les indicateurs mondiaux restent encore à définir.

On le voit, les indicateurs OMS ne sont pas que des indicateurs sanitaires *stricto sensu*. Certains indicateurs concernent les conditions sociales et économiques, les conditions d'environnement... Cette intersectorialité est indispensable, car il s'agit là de facteurs qui influent directement ou indirectement sur l'état de santé ou sur l'utilisation du système de soins (hygiène, niveaux d'instruction et de culture).

Les vingt indicateurs mondiaux sont globaux, mais ils se déclinent en sous-indicateurs et indicateurs supplémentaires qui les précisent. Par ailleurs, des indicateurs de type régionaux et nationaux sont utilisés en complément pour l'appréciation des stratégies locales.

Ainsi pour l'Europe, 242 indicateurs associés à la stratégie régionale ont été définis. Une banque de données micro-informatique (OMS-HFA) regroupe ceux actuellement renseignés (plus de 180). La plupart des pays européens figurent dans cette banque et fournissent régulièrement des données pour sa remise à jour.

Exercices de surveillance et rapport d'évaluation

Un calendrier fixe la fréquence de la surveillance et de l'évaluation, dont les résultats sont publiés sous forme de rapports, conçus à partir des comptes rendus des États membres qui y participent.

Fréquence des opérations de surveillance et des évaluations de la stratégie

de la santé pour tous d'ici l'an 2000

	1983	1985	1988	1991
	Première opération de surveillance	Première évaluation	Deuxième opération de surveillance	Deuxième évaluation
Nombre d'États membres	160	166	166	168
Nombre de rapports reçus	121	147	143	151
Taux de réponse (pourcentage)	75,6	88,6	86,1	89,9

Source : Rapport OMS sur la deuxième évaluation, volume 1 (Analyse mondiale), 1993.

Les opérations de surveillance et les évaluations sont alternées tous les trois ans* :

- les « exercices de surveillance » font le point des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous. Ils portent à la fois sur les tendances générales en santé (mortalité, morbidité...) et sur d'autres tendances plus spécifiques, mesurées à l'aide d'indicateurs. Un canevas, conçu et distribué par l'OMS, aide les pays à réaliser leur exercice de surveillance ;

- les rapports d'évaluation se composent d'un volume de synthèse (analyse mondiale) et de six rapports régionaux. L'évaluation stratégique est un processus plus complexe que la surveillance : elle donne lieu à des analyses, étayées par des indicateurs mondiaux ou régionaux, toujours plus exhaustives et plus poussées. Les résultats globaux sont suivis de profils détaillés sur la situation sanitaire des pays.

Pour cette raison, depuis l'adoption de la stratégie de la santé pour tous, les rapports d'évaluation se confondent avec les « rapports sur la situation sanitaire dans le monde » (la première évaluation en

1985 correspond au septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, et la seconde évaluation de 1991 au huitième rapport).

Les rapports de surveillance et d'évaluation ne sont pas de simples constats.

L'impact des stratégies y est analysé le plus souvent en terme binaire : échec ou succès. En cas de difficultés, des propositions sont faites pour la modification d'aspects stratégiques inadaptés. La vérification de l'efficacité des programmes exécutés ou en cours est explicite, ce qui permet de consolider les acquis, et le cas échéant de limiter les erreurs en recommandant la prise de certaines mesures. ■

Kamel Malek

Interne des Hôpitaux de Paris - Île-de-France, santé publique, HCSP.

Remerciements pour leurs conseils au D^r Armelle George-Guiton, médecin général de santé publique, direction générale de la Santé et au D^r Silvere Siméant, fonctionnaire OMS, observation et statistiques de la Santé, Genève.

* initialement ce devait être tous les deux ans, mais en 1986 la périodicité a été portée de deux à trois ans.