

## **VII. NIVEAU MOYEN DE LA SANTÉ DE LA POPULATION**

### **1. Rapport sur la santé dans le monde 2000**

L'OMS a présenté des indicateurs de la santé de la population pour chacun des États- Membres depuis de nombreuses années, notamment les risques de mortalité juvénile et adulte, et l'espérance de vie à la naissance. De plus, l'OMS s'est engagée depuis plus d'une décennie dans l'élaboration de mesures synthétiques de la santé de la population combinant l'information sur la mortalité et les conséquences non mortelles des maladies pour représenter la santé de la population sous la forme d'un chiffre unique. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a présenté l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) à la naissance et à l'âge de 60 ans, pour les hommes et pour les femmes, avec des intervalles d'incertitude autour des estimations les plus probables.

Dans le cadre de ce processus, on a procédé à l'estimation des nouvelles tables de mortalité et des nouvelles espérances de vie pour chacun des 191 États Membres. On a utilisé des données provenant de différentes sources. Par exemple, les données d'état civil étaient disponibles pour 80 pays. Dans d'autres pays, on a pu avoir accès à une information indirecte sur la mortalité — des jeunes enfants, des enfants ou des adultes. Parfois, quand aucune source directe de données n'était disponible, on a eu recours aux estimations de la mortalité adulte de la Division de la population de l'ONU. Pour les pays ne disposant pas d'enquêtes ou de données d'état civil, on a basé les estimations sur des modèles logit régionaux.

Pour estimer l'EVCI dans chacun des pays, les données des tables de mortalité ont été complétées par une information sur la prévalence des conséquences non mortelles des maladies, par âge et par sexe, et les évaluations appropriées des états de santé. On a évalué les états de santé pour chacune des principales conséquences non mortelles des maladies pour cinq groupes d'âges normalisés, par sexe, dans huit régions. Quand on disposait des données, on a utilisé des informations détaillées sur l'épidémiologie des principaux états de santé du pays pour calculer la prévalence des conséquences non mortelles des maladies, en même temps que les estimations antérieures de la charge mondiale de morbidité. On a également fait appel aux enquêtes sanitaires existantes, mais l'information supplémentaire qu'elles fournissaient était limitée par des problèmes de comparabilité entre les populations.

## **2. Principaux commentaires et critiques**

### ***Mesures synthétiques de la santé de la population***

Une grande part des discussions entourant l'indicateur du niveau de santé utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a poursuivi un vieux débat sur la valeur des mesures synthétiques de la santé de la population. Par exemple, on a affirmé que les mesures synthétiques ne décrivaient pas la santé suffisamment en détail pour être utiles pour les responsables de l'élaboration des politiques. Il est plus utile de faire rapport sur les composantes séparément, p. ex. sur la mortalité et sur la prévalence, la durée de l'incidence et la gravité de différentes conséquences non mortelles des maladies (Navarro 2001a; Rosén 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Afrique 2001). Certains commentaires ont critiqué les années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI), indiquant que, toutes seules, elles ne devaient pas être utilisées pour prendre des décisions d'allocation de ressources (Almeida et coll. 2001; Häkkinen 2000; Rissanen et Sintonen 2000). On a jugé que les mesures synthétiques étaient trop complexes pour être comprises par les responsables de l'élaboration des politiques (Almeida et coll. 2001; Oswaldo Cruz Foundation 2000); et le fait que l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) soient fortement corrélées a amené des critiques avançant que l'EVCI n'apportait pas grand chose de plus que ce qui était déjà capté par l'espérance de vie (Oswaldo Cruz Foundation 2000; Häkkinen 2000; McKee 2001a; Uga et coll. 2001).

Un autre problème lié aux mesures synthétiques a concerné la valeur attribuée aux résultats de santé non mortels à l'aide de la même échelle que celle des décès et du fonctionnement sain. Les critiques des mesures synthétiques ont affirmé que ce type d'évaluation sous-évaluait la vie des personnes ayant une incapacité (Almeida et coll. 2001; Oswaldo Cruz Foundation 2000) et soulevaient aussi d'autres questions éthiques (Oswaldo Cruz Foundation 2000; Rissanen et Sintonen 2000; Nord 2002). D'autres ont avancé que les évaluations utilisées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 ne captaient pas tous les aspects de la qualité de vie ou l'hétérogénéité entre les pays en ce qui a trait à la façon dont les personnes comprennent et évaluent la santé (DfID 2000; Oswaldo Cruz Foundation 2000; Rissanen et Sintonen 2000; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour les Amériques 2001; Nord 2002). D'autres critiques encore ont affirmé que les coefficients de pondération devaient idéalement être obtenus grâce à des groupes de population représentatifs plutôt que d'un groupe limité de spécialistes (Almeida et coll. 2001; Oswaldo Cruz Foundation 2000; Rissanen et Sintonen 2000; Organisation mondiale de la Santé: Bureau pour Méditerranée orientale 2001).

Le terme d'« incapacité » dans l'EVCI a également soulevé des craintes: « l'incapacité » pourrait être perçue comme un terme péjoratif, et il ne

convient pas pour décrire un état moindre que la parfaite santé. De plus, il ne rend pas bien l'idée que la santé est un concept multidimensionnel et complexe (Oswaldo Cruz Foundation 2000; Häkkinen et Ollila 2000; Van der Stuyft et Unger 2000).

Comme objectifs clé pour évaluer la performance des systèmes de santé, un certain nombre d'auteurs ont fait remarquer que les mesures comme l'EVCI reflètent la performance passée tout comme la performance actuelle, et ne peut donc être interprétée comme une fonction de la seule performance actuelle (Almeida et coll. 2001; DFID 2000; McKee 2001; Oswaldo Cruz Foundation 2000; Rosén 2001; Häkkinen 2000; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Europe 2001; ministère de la Santé du Vietnam 2001; McKee 2001a).

On a soulevé également une série de points techniques se rapportant spécifiquement au calcul de l'EVCI. Par exemple, les tables de mortalité estimées pour les pays où les données d'état civil n'existent pas ne conviennent pas pour les groupes d'âges les plus avancés de certains pays (Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Afrique 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour les Amériques 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau pour Méditerranée orientale 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Europe 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional du Pacifique occidental 2001). La façon dont les estimations de la prévalence des conséquences non mortelles des maladies ont été obtenues et dont la comorbidité a été traitée dans l'élaboration de la prévalence globale ajustée de la gravité des conséquences non mortelles des maladies, ont été jugées simplistes (Navarro 2001; Rosén 2001; Rissanen et Sintonen 2000; Organisation mondiale de la Santé 2001). Par exemple, on a présupposé que la prévalence de différents types d'incapacités était la même dans tous les pays ayant des espérances de vie semblables (Oswaldo Cruz Foundation 2000; Uga et coll. 2001). De plus, McKee (2002) a soutenu qu'on n'avait pas tenu compte de toutes les sources possibles d'incertitude dans l'estimation de certains intervalles entourant les estimations.

Le dernier ensemble de commentaires a concerné les sources des données. On a généralement convenu que les données épidémiologiques étaient rares et d'une qualité variable dans de nombreux pays, et que le recours à un plus grand nombre de données d'état civil améliorerait grandement les estimations (McKee 2001b; Oswaldo Cruz Foundation 2000; Williams 2001; Häkkinen 2000; Rissanen et Sintonen 2000; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Afrique 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour la Méditerranée orientale 2001; Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Europe 2001; Uga et coll. 2001). Les données disponibles sur la mortalité juvénile et adulte, par rapport à la mortalité infantile, sont particulièrement mauvaises (Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Afrique 2001). L'OMS a parfois utilisé les

estimations de la Division de la population de l'ONU, et les sources et les méthodes qui servaient de base à ces dernières ont été jugées peu claires (Organisation mondiale de la Santé: Bureau régional pour l'Europe, 2001; McKee, 2001a).

### **3. Réponses et propositions de l'OMS**

Remarquant qu'il existait de grandes variations dans l'EVCI en niveau d'espérance de vie donné, l'OMS a maintenu que l'EVCI fournissait bien une information supplémentaire par rapport à celle fournie par l'espérance de vie. Elle propose au GESI de continuer à utiliser les mesures synthétiques pour mesurer et assurer le suivi de la santé de la population. En procédant ainsi, il était important d'être clair sur le fait que la question de la mesure et du suivi de la santé de la population est une question différente de celle de l'allocation des ressources. La critique avançant que les AVCI ne doivent pas être utilisées dans l'allocation des ressources n'entre pas dans le cadre de ce débat — cela n'avait jamais été proposé. Afin d'aider les responsables de l'élaboration des politiques à déterminer les causes possibles de changements dans les résultats de santé, l'OMS propose de continuer à publier séparément les composantes de l'EVCI — c'est-à-dire, la mortalité et les conséquences non mortelles des maladies. Les mesures synthétiques apportent un complément mais ne se substituent pas à l'information sur les composantes.

Compte tenu des problèmes liés au terme d'« incapacité », et parce que la santé constitue un concept multidimensionnel, l'OMS propose d'accepter la recommandation proposant que le nom de cet indicateur soit changé et que l'EVCI devienne l'espérance de vie ajustée de l'état de santé (EVAES).

Pour répondre aux critiques concernant la valeur attribuée à la santé, une définition plus précise de ses fondements conceptuels a été élaborée. Une partie de l'Enquête OMS multi-pays 2000-2001 a compris des questionnaires détaillés soumis dans 12 pays afin d'examiner si les personnes de cultures différentes évaluaient les différents domaines de la santé différemment. L'OMS a utilisé ces résultats pour élaborer une méthode susceptible d'apporter de nouvelles évaluations des états de santé (Salomon et coll. 2002). Le Secrétariat propose d'appliquer cette méthode aux données de l'Enquête sur la santé dans le monde — une fonction globale d'évaluation moyenne sera appliquée aux niveaux des domaines individuels estimés à partir du modèle HOPIT (voir Section XIII) afin de calculer les prévalences des états de santé ajustés de la gravité par âge et par sexe pour chaque pays de l'enquête. Pour le moment, les estimations antérieures des prévalences corrigées de la gravité, calculées à partir de l'enquête sur la charge mondiale de morbidité, utilisent les coefficients de pondération de l'incapacité tirés de la charge mondiale de morbidité 1990, en même temps que certains coefficients tirés de l'enquête effectuée aux Pays-Bas sur les coefficients de

pondération de l'incapacité (Stouthard et coll. 1997). L'OMS prévoit de réviser tous les coefficients de pondération de l'incapacité utilisés dans l'enquête sur la charge mondiale de morbidité à partir des valeurs attribuées par la population collectées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans le monde.

La question du calendrier est reprise à la Section XIV consacrée à l'efficience dans le Rapport du GESI. Afin de compléter la prévalence de l'EVAES, qui fait l'objet de rapports réguliers, l'OMS propose d'examiner la possibilité de mettre au point une incidence de l'EVAES à partir des taux actuels d'incidence et de transition, et de l'information sur les expositions actuelles aux principaux facteurs de risques. Cela serait alors largement déterminé par les actions entreprises au cours de la période en cours.

L'OMS a déployé beaucoup d'efforts pour obtenir des données plus nombreuses et de meilleure qualité. Cela a commencé avec les consultations entre l'OMS et les États Membres pour vérifier les meilleures sources de données récentes d'état civil et de cause de décès. Le nombre de pays ayant des données d'état civil ou de causes de décès relativement complètes a augmenté, de 80 en 2000, à 110 en 2002. Les nouvelles tables de mortalité pour l'année 2000 ont été calculées pour chacun des 191 États-Membres à l'aide de ces données. Un modèle logit modifié des tables de mortalité a été élaboré pour les pays ayant des données d'enquête ou d'état civil incomplètes. Ce modèle s'est appuyé sur une base de données empiriques des tables de mortalité observées beaucoup plus étendue que n'importe quel système antérieur de table type de mortalité et cela a abouti à de bien meilleures estimations de la mortalité chez les personnes âgées. On a calculé des estimations séparées de la mortalité due au VIH dans les pays qui ont une forte mortalité liée au VIH.

En plus des méthodes d'élaboration des tables de mortalité, l'OMS a proposé des moyens de tenir compte de la comorbidité dans l'estimation de l'espérance des années en bonne santé perdues pour l'EVAES. Cela a été en partie facilité par l'Enquête multi-pays qui comprenait des instruments et des outils d'analyse visant à améliorer la comparabilité des données d'enquête entre les populations. Les données comparables de la prévalence des états de santé non mortels, tirées de 63 enquêtes menées dans 55 pays, ont été utilisées pour estimer l'EVAES du Rapport sur la santé dans le monde 2001. (Les nouvelles méthodes statistiques pour permettre la comparabilité entre les populations sont étudiées à la Section XIII). Les autres composantes des calculs ont été les suivantes:

- (i) Estimations directes de la prévalence des principales séquelles des maladies et des traumatismes.
- (ii) Données de prévalence nationales pour un certain nombre d'états de santé.
- (iii) Informations régionales, les études épidémiologiques spécifiques et les informations disponibles au niveau des pays sur la mortalité par cause,

utilisées afin d'estimer la morbidité dans les pays ayant peu d'informations sur les causes.

- (iv) Ajustement dans les cas de sous-notification connus, pour les causes de morbidité et de mortalité très sensibles comme l'avortement, le VIH/sida et le suicide.
- (v) Pour estimer les prévalences des états de santé, on a utilisé les données provenant de l'Enquête OMS multi-pays auprès des ménages (prévalences comparables entre les populations et évaluations basées sur les préférences des populations) en même temps que les prévalences pondérées de la gravité calculées à partir des analyses épidémiologiques de la charge mondiale de morbidité 2000. De plus, on a eu recours à des méthodes bayésiennes améliorées pour calculer les prévalences a posteriori des états de santé qui combinent des estimations « a priori », basées sur la charge mondiale de morbidité 2000, et les estimations des prévalences provenant de l'Enquête multi-pays. Pour les pays n'ayant aucun résultat d'enquête, une relation entre les estimations des prévalences a priori et a posteriori, dans les pays où a eu lieu une enquête, a été utilisée afin de mettre à jour les a priori.

Enfin, on a utilisé des méthodes améliorées pour l'analyse de l'incertitude, qui comprenaient un traitement plus explicite et plus complet de l'incertitude liée à différents intrants. L'intervalle d'incertitude de 80 % utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a été porté à 95 % dans le Rapport sur la santé dans le monde 2001. L'OMS propose de continuer à calculer et à présenter des intervalles d'incertitude de façon systématique, de manière à ce que différents utilisateurs puissent conduire leur propre évaluation des estimations.

#### **4. Commentaires et recommandations du GESI**

- (i) L'OMS joue un rôle majeur dans l'élaboration de nouveaux concepts et de nouvelles mesures de la santé qui intègrent les conséquences non mortelles des maladies dans les mesures synthétiques. Compte tenu de la complexité des questions posées, il est naturel que des débats surviennent au sujet de ces innovations - et certains responsables de l'élaboration des politiques préféreront utiliser des indicateurs de composantes individuelles plutôt que des mesures synthétiques. De plus, les mesures synthétiques sont parfois perçues comme étant moins valables que les mesures des composantes individuelles, en particulier pour les États Membres où les estimations à la fois de la morbidité et de la mortalité comportent de grands intervalles d'incertitude. L'OMS doit continuer à mettre l'accent sur le fait que les mesures synthétiques complètent plus qu'elles n'entrent en compétition avec les désagréments des composantes, et elle doit

continuer à prendre des mesures pour mettre à disposition des désagréments plus détaillées des mesures synthétiques.

- (ii) Les mesures synthétiques exigent l'attribution d'une valeur aux conséquences des maladies sur la santé si l'on veut combiner la mortalité et les conséquences non mortelles des maladies. L'OMS devrait prendre des mesures supplémentaires afin d'expliquer et de clarifier la notion d'espérance de vie ajustée de l'état de santé. On devrait les distinguer en effet de la complexité des méthodes nécessaires aux estimations quand les données ne sont pas disponibles, et pour répondre à la question de la comparabilité entre les populations.
- (iii) En dépit de ces difficultés, l'OMS doit continuer à améliorer les aspects conceptuels et techniques de la mesure de la santé, à promouvoir le débat et des consultations à l'extérieur, et à obtenir de meilleures données.
- (iv) Le GESI recommande que l'OMS prenne des mesures afin de renforcer la capacité locale à calculer et à utiliser ces mesures, en particulier dans les pays en développement. Dans le même ordre d'idées, le GESI estime qu'il serait utile que l'OMS établisse un forum permanent pour discuter des aspects conceptuels et méthodologiques de la mesure de la santé, et qu'elle encourage la participation des universitaires, des responsables de l'élaboration des politiques et de la société civile, en particulier dans les pays en développement. Dans le cadre de ce processus, il devrait y avoir un dialogue continu avec des spécialistes en sciences sociales couvrant des disciplines comme l'éthique, l'anthropologie et la sociologie, afin de tenir compte des éclairages apportés par ces disciplines sur la valeur de la santé.
- (v) Les tables de mortalité à logit modifié constituent une bonne méthode pour les pays où les données d'état civil ne sont pas disponibles, mais les hypothèses qui sous-tendent leur construction et l'usage que l'on peut en faire devrait être mieux expliqués auprès des publics de non-spécialistes.
- (vi) Les registres d'état civil sont complexes et coûteux, et ils n'existent pas dans de nombreux pays en développement. L'OMS doit encourager la mise sur pied de ces registres et fournir l'aide technique nécessaire. Étant donné la période de temps inévitable pour établir des registres d'état civil qui fonctionnent, on peut utiliser des méthodes indirectes à titre de solution provisoire.
- (vii) En ce qui concerne l'Enquête sur la santé dans le monde, le GESI estime qu'il est important d'augmenter le nombre de pays participants, en particulier au sein des pays ne disposant pas de

systèmes d'information sanitaire adéquats. La validité au premier degré des données de l'Enquête sur la santé dans le monde reste toujours à examiner. Bien que l'intégration de vignettes dans le questionnaire ait facilité la comparabilité des données auto-déclarées par les répondants des pays, on recommande de continuer à travailler et à mettre à l'essai les méthodes.

- (viii) Les données sur la mortalité adulte restent rares. L'Enquête OMS multi-pays 2000-2001 a établi que les questions portant sur les décès dans les ménages fournissaient des informations utiles, mais que les décès étaient sous-déclarés. Un module plus élaboré sur la mortalité adulte doit être intégré à l'Enquête sur la santé dans le monde et validé dans les pays ayant de bonnes données d'état civil. Il faut élaborer de meilleures méthodes afin de maximiser l'utilité de cette information pour estimer la mortalité adulte.
- (ix) Il est important que l'OMS clarifie les méthodes et les procédures utilisées pour estimer les causes de décès par âge et par sexe dans les pays n'ayant que des données d'état civil partielles ou n'en ayant pas du tout, et qu'elle intensifie ses efforts de collecte de données dans les pays.
- (x) L'EVAES incorpore les prévalences et les évaluations des états de santé des enquêtes sur les populations et de la charge mondiale de morbidité 2000. Actuellement, les coefficients de pondération utilisés dans la charge mondiale de morbidité 2000 sont principalement basés sur les coefficients de la charge mondiale de morbidité 1990 avec certains coefficients supplémentaires tirés d'une enquête effectuée aux Pays-Bas (Stouthard et coll. 1997). L'examen des coefficients de l'enquête effectuée aux Pays-Bas et de la charge mondiale de morbidité 1990 (Mathers et coll. 1999) suggère que les coefficients sont comparables. Le GESI se réjouit de l'effort fait par l'OMS pour améliorer les méthodes d'évaluation des états de santé et appuie la proposition de réviser les coefficients de pondération d'incapacité de la charge mondiale de morbidité à l'aide des valeurs attribuées à la santé calculées à partir de la prochaine Enquête sur la santé dans le monde.
- (xi) La différence entre l'analyse de l'incertitude proposée par l'OMS et les intervalles statistiques de confiance doit être clarifiée dans toutes les publications de l'OMS.
- (xii) Les simulations nationales basées sur les estimations mondiales ou régionales peuvent constituer un bon point de départ pour encourager les études nationales sur la charge de morbidité.

## **5. Références**

Almeida, C., P. Braveman, M. R. Gold, C. L. Szwarcwald, J. M. Ribeiro, A. Miglionico, et coll. (2001): Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357(9269):1692-1697.

DfID (Department for International Development, UK Health Systems Resource Center) (2000): World Health Report 2000: Summary and Comments.

Häkkinen, U. (2000): Assessment of the goal attainment and efficiency of health systems in the World Health Report 2000. in eds. U. Häkkinen and E. Ollila. *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish Experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES).

<http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>

Häkkinen U. and E. Ollila, eds. (2000): The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish experts. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES).

<http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>

Mathers, C., T. Vos, and C. Stevenson (1999): *The burden of disease and injury in Australia*. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare.

McKee, M. (2001a): The World Health Report 2000: Advancing the Debate. Prepared for the European Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment. 3-9-2001, Copenhagen.

McKee, M. (2001b): Measuring the efficiency of health systems. The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. *British Medical Journal*, 323(7308):295-296.

Ministry of Health, Vietnam (2001): Comments and suggestions of Vietnam Ministry of Health/Health Policy Unit as regards the World Health Report 2000.

Navarro, V. (2001): World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk. *Lancet*, 357(9269):1701-1702.

Nord, E. (2002): Measures of goal attainment and performance: A brief, critical consumer guide. *Health Policy*, 59(3):183-191.

## **RAPPORT DU GESI SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

---

Oswaldo Cruz Foundation and Brazilian Ministry of Health (2000): Report of the workshop "Health Systems Performance: The World Health Report 2000". 14-12-2002, Rio de Janeiro.

Rissanen, P. and H. Sintonen (2000): Measurement of the state of health in the World Health Report 2000. in eds. U. Häkkinen and E. Ollila. *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish Experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES).  
<http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm>

Rosén, M. (2001): Can the WHO Health Report improve the performance of health systems? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1):76-80.

Salomon, J., C. J. L. Murray, B. Ustun, and S. Chatterji (2002): Health state valuations in summary measures of population health. mimeo.

Stouthard, M. E. A., M. L. Essink-Bot, G. J.onsel, J. J. Barendregt, P. G. N. Kramer, van de Water, H. P. A., Gunning-Scheppers L. J., and P. J. Van der Maas (1997): *Disability Weights for Diseases in the Netherlands*. Rotterdam, the Netherlands: Department of Public Health Erasmus University.

Uga A. D., C. Almeida, C. L. Szwarcwald, C. Travassos, F. Viacava, J. M. Ribeiro, et coll. (2001): Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saude Publica*, 17(3):705-712.

Van der Stuyft, P. and J. P. Unger (2000): Improving the performance of health systems: the World Health Report as go-between for scientific evidence and ideological discourse. *Tropical Medicine and International Health*, 5(10):675-677.

Williams, A. (2001): Science or marketing at WHO? Rejoinder from Alan Williams. *Health Economics*, 10(4):283-285.

World Health Organization (2001): Report on WHO meeting of experts on statistical methods for enhancing the cross-population comparability of survey results. 1-10-2001, Cambridge, USA.

World Health Organization: Regional Office for Africa (2001): General Report on the Regional Consultative Meeting on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 18-5-2002, Harare, Zimbabwe.

World Health Organization: Regional Office for the Americas (2001): Regional consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment: Final Report. 8-5-2001, Washington, DC.

World Health Organization: Eastern Mediterranean Office (2001): Report on the Regional Consultation on the Conceptual Framework for Health System Performance Assessment. 9-7-2001, Ain Saadeh, Lebanon.

World Health Organization: Regional Office for Europe (2001): Report of the Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment. 3-9-2001, Copenhagen.

World Health Organization: Regional Office for South-East Asia (2001): Report of the regional consultation and technical workshop on health systems performance assessment. 18-6-2001, New Delhi, India.

World Health Organization: Regional Office for the Western Pacific (2001): Report of the regional consultation on health system performance. 3-7-2001, Manila, Philippines.

