

IX. RÉACTIVITÉ : NIVEAU ET DISTRIBUTION

1. Rapport sur la santé dans le monde 2000

La réactivité a été incluse dans objectifs intrinsèques du canevas d'évaluation de la performance des systèmes de santé, car la façon dont les individus sont pris en charge, lors de leur entrée en contact avec le système de santé, peut améliorer ou diminuer leur bien-être indépendamment des résultats de santé. On a dénombré sept domaines de réactivité : la dignité, l'autonomie, la confidentialité de l'information, la rapidité de la prise en charge, l'accès aux réseaux de l'aide sociale, la qualité des prestations essentielles et le choix des prestataires de soins. Pour le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS a obtenu des données sur la réactivité grâce à des enquêtes auprès d'informateurs clés réalisées auprès de 35 pays sur 191. Dans chacun de ces 35 pays, un seul coordonnateur a été sollicité. Chacune de ces personnes a sélectionné en moyenne 50 informateurs clés, issus d'un large éventail d'acteurs du système de santé, y compris des groupes de consommateurs, pour répondre à un petit questionnaire. Ces personnes ont supervisé la saisie et la soumission des données auprès de l'OMS. Les données provenant de deux enquêtes de ce type ont été jugées d'une qualité insuffisante pour être utilisées dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000.

Afin de parvenir à une mesure générale de la réactivité, nous avons demandé aux informateurs clés de donner une note globale à leur système de santé national en fonction des sept domaines énoncés, et ce, après avoir répondu à des questions spécifiques sur chaque domaine. Ces questions visaient à s'assurer de la bonne reconnaissance des différentes composantes de ces domaines par les informateurs clés. Une analyse factorielle d'exploration et de confirmation a été entreprise afin de vérifier leur cohérence. Une grande cohérence est apparue entre les réponses aux questions spécifiques par domaine et les questions générales liées à l'évaluation.

Dans l'analyse finale, nous avons fait une régression des résultats généraux par domaine d'après un ensemble de covariables des 33 pays sondés, et nous en avons déduit les données manquantes à imputer sur les 158 pays restants. Concernant la distribution de la réactivité, nous avons demandé aux informateurs clés de cerner certains groupes marginalisés. Ces informations ont été utilisées et rapportées à la taille de ces groupes dans le pays concerné afin d'obtenir un score d'inégalité de la réactivité (distribution). Ces informations ont été, une fois encore, imputées aux 158 pays non sondés.

2. Principaux commentaires et critiques

Sources de données

De nombreuses critiques ont été émises sur cette méthode d'obtention d'informations (Almeida et coll. 2001, Navarro 2001, Blendon et coll. 2001a) et d'estimation des données manquantes (Williams 2000, Almeida et coll. 2001, Aalto 2000). Elles reprochaient à cette méthode : d'être biaisée car la majorité des informateurs clés appartenait à l'OMS; de comporter une faille inhérente car elle n'était pas appliquée à un échantillon représentatif de la population; de ne poser que 7 questions sur 42 pour la composition de l'indice; de réaliser un trop grand nombre d'imputations à partir d'une quantité insuffisante de données. Les données et les méthodes utilisées pour mesurer l'inégalité de la réactivité au sein des pays non sondés débouchaient notamment sur de nombreuses évaluations très rapprochées (Williams 2000).

Le coefficient de pondération de la réactivité

Les commentateurs des consultations régionales se sont interrogés sur l'importance relative de la réactivité au sein du canevas (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Office 2001).

Les coefficients de pondération des domaines

Plusieurs commentateurs se sont interrogés sur les coefficients de pondération des sept domaines réunis pour composer l'indice général de réactivité (WHO Regional Office for Europe 2001; WHO Regional Office for South-East Asia 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001; WHO Regional Office for Africa 2001).

Réactivité du système de santé dans son ensemble

Les consultations régionales (WHO Regional Office for Europe 2001; WHO Regional Office for South-East Asia 2001) ont émis des commentaires sur la nécessité, pour la réactivité, de refléter plus largement les frontières du système de santé, y compris l'accès public à l'information et aux autres services de la prévention et de la promotion de la santé (voir aussi Ugá et coll. 2001; Travassos 2001; Oswaldo Cruz Foundation 2000).

Sources d'information

La critique de Blendon et coll. (2001a) a porté sur la question suivante : qui est le mieux qualifié pour juger les systèmes de soins de santé – les informateurs clés ou les utilisateurs du système ? Blendon et coll. (2001b) affirment que les mesures de la satisfaction et de la réactivité sont toutes deux importantes dès lors que ces informations sont issues de la population.

Traduction, validité et fiabilité

La critique d'Aalto (2000) couvre les questions relatives à la traduction des concepts de réactivité et de la validité transculturelle. La question de la validation interculturelle a également été soulevée lors de plusieurs consultations régionales (WHO Regional Office for Europe 2001; WHO Regional Office for South-East Asia 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001). Des participants à ces consultations régionales (WHO Regional Office for Africa 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001) ont senti que la traduction pouvait être un problème légèrement plus difficile à régler pour la réactivité que pour les autres modules en raison de l'abstraction des concepts en question (voir aussi Almeida et coll. 2001). Aalto (2000) et des participants aux consultations régionales (WHO Regional Office for South-East Asia 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001) ont critiqué la disponibilité des données standard issues des instruments psychométriques utilisés sur les informateurs clés pour mesurer la réactivité. Aalto (2000) et les consultations régionales des bureaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental (WHO Regional Office for South-East Asia 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001) ont indiqué que ce type de données devait être disponible pour tous les instruments découlant des questionnaires sur la réactivité (p. ex. pour les enquêtes auprès des ménages).

Universalité des domaines

Aalto (2000) a largement commenté la nécessité d'une logique convaincante pour le choix des domaines et a préconisé la modification des enquêtes réalisées auprès des ménages. L'OMS s'est cependant vue rappeler qu'une validation de ces questions lors des enquêtes effectuées au sein de différentes cultures devrait être assurée pour tous les autres travaux d'enquêtes auprès des ménages. (Ceci touche, dans une certaine mesure, à la question de la traduction.) Lors de certaines consultations régionales, les participants ont soulevé la question de la pertinence des domaines au sein de cultures différentes (WHO Regional Office for Africa 2001, WHO Regional Office for the Western Pacific 2001, WHO Regional Office for South-East Asia 2001). La critique de Williams (2000) concernait également cette question.

Les non-utilisateurs

Un commentaire du ministère de la santé brésilien (Oswaldo Cruz Fondation 2000) a critiqué le travail sur la réactivité en évoquant que les indicateurs de l'OMS se limitaient à la mesure de l'expérience des individus qui utilisent les services de santé.

3. Réponses et les propositions de l'OMS

Sources de données

Afin d'améliorer les sources de données, l'OMS s'est concentrée sur la mise au point d'instruments d'enquêtes visant à obtenir des informations sur les ménages. Le nombre de pays couverts par les enquêtes effectuées auprès des ménages augmentera considérablement. Soixante pays ont déjà été sondés par l'Enquête multipays de l'OMS et l'Enquête sur la santé dans le monde concernera 70 pays supplémentaires. À l'aide des données de l'Enquête multipays, des mesures de la distribution de la réactivité sont actuellement en phase de réalisation et de mise à l'essai.

Le coefficients de pondération de la réactivité

L'importance relative de la réactivité au sein du canevas général est étudiée par de nouvelles questions de l'Enquête sur la santé dans le monde, actuellement en phase test.

Les coefficients de pondération des domaines

Depuis le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS a lancé son Enquête multipays où elle demande directement aux ménages de donner un coefficient de pondération relatif à chacun des domaines. En analysant les données de cette étude, l'OMS a découvert qu'elles mentionnaient un ensemble commun de classements au sein des domaines, et ce, dans différents pays, ainsi que la possibilité d'une tendance vers un ensemble commun de coefficients de pondération. Cependant, les conclusions sur la structure des coefficients de pondération dans les différents pays sont limitées par la structure même de la question originale. De nouvelles questions visant à dégager des coefficients de pondération, énoncés par les informateurs au sujet des domaines, sont évaluées dans les versions pilotes de l'Enquête sur la santé dans le monde.

La réactivité du système de santé dans son ensemble

De nouvelles questions portant sur la promotion de la santé et sur les structures d'aide aux individus s'occupant à domicile de membres malades de leur famille, sont actuellement en phase test dans les versions pilotes de l'Enquête sur la santé dans le monde.

Satisfaction par opposition à réactivité

Le module d'enquête de l'OMS sur la réactivité est conçu à partir des dernières avancées dans le domaine de la mesure de l'évaluation du patient et repose sur les interactions des patients avec les services de soins de santé. La satisfaction reste une mesure intéressante pour d'autres raisons car elle

sollicite l'opinion des individus sur le système plus que le récits de leurs interactions personnelles avec lui. Un effort supplémentaire est accompli afin de tester l'utilisation des techniques visant à l'amélioration de la comparabilité entre populations des résultats de ces enquêtes fondées sur les expériences individuelles.

Traduction, validité et fiabilité

Depuis le Rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS a établi un protocole complet de traduction pour l'Enquête multipays, considérablement amélioré par le pilotage des instruments de l'Enquête sur la santé dans le monde. De plus, la mise au point d'enquêtes sur les établissements de santé vise à collecter des bases factuelles concernant la validité du questionnaire. Ces enquêtes permettront de comparer les observations faites sur certains domaines de la réactivité au sein des établissements, d'après les rapports d'individus ayant fréquenté ces établissements. Nous visons également à mettre en œuvre d'autres stratégies standard de validité, recommandées par Aalto (2000) et mentionnées par des participants lors des consultations régionales (WHO Regional Office for South-East Asia 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001), telles que les comparaisons de séries similaires de données. L'OMS continue également de documenter les résultats de ses tests psychométriques standards inclus dans les instruments d'enquêtes auprès des ménages.

Universalité des domaines

L'OMS a rédigé un document sur les critères de sélection des domaines (De Silva 2000). Depuis le Rapport sur la santé dans le monde 2000, un huitième domaine – la clarté de la communication – a été ajouté. Ce domaine supplémentaire a soulevé de nouvelles questions à la suite des consultations et a été ajouté à l'Enquête multipays. Un groupe d'éthiciens a examiné les mesures des domaines de la réactivité du point de vue transculturel. Ses conclusions ont été soumises à la Consultation technique sur la réactivité (World Health Organization 2001). En outre, un travail supplémentaire est actuellement entrepris pour le compte de l'ONU et d'autres conventions et traités internationaux sur les droits de l'Homme afin de déterminer les limites des domaines de la réactivité. Des tests relevant davantage du domaine cognitif sont prévus pour les éléments du module d'enquête sur la réactivité intégré à l'Enquête sur la santé dans le monde.

Les non-utilisateurs

Au regard de cette critique, nos efforts se sont concentrés sur le moyen de découvrir et d'inclure des groupes ayant un niveau d'utilisation faible ou nul. Comme première tentative de répondre au problème de ces utilisateurs occasionnels, des modèles de prédiction de la réactivité pour des groupes d'utilisateurs ayant un niveau d'utilisation faible ou nul ont été mis au point. Cette proposition a été discutée lors de la Consultation technique sur la

réactivité (World Health Organization 2001). Cette proposition a eu pour ambition de répondre au problème des groupes ayant un niveau d'utilisation faible ou nul. L'Enquête multipays de l'OMS et les instruments pilotes de l'Enquête sur la santé dans le monde contenaient donc des questions relatives à l'utilisation.

4. Commentaires et recommandations du GESI

Sources de données

Les membres du GESI admettent la validité des critiques émises par les commentateurs extérieurs sur les sources de données. Ils reconnaissent tout particulièrement que les individus utilisant les systèmes de santé devraient pouvoir donner leur opinion, plutôt que de s'appuyer sur des informations recueillies auprès d'informateurs clés. Les membres du GESI ont recommandé à l'OMS d'obtenir des données représentatives au niveau des ménages pour tous les pays, si l'indicateur de réactivité devait être utilisé à l'avenir.

Le coefficient de pondération de la réactivité

Certains membres du GESI se sont souciés de l'inclusion de la « réactivité » dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé. La réactivité, définie par l'OMS, s'attache aux interactions des utilisateurs avec le système de santé et inclut le respect des individus, la confidentialité des informations, la rapidité de la prise en charge et l'engagement dans la prise de décision. De telles caractéristiques s'appliquent à de nombreuses activités, p. ex. les services éducatifs, les services de transport, etc. Certains membres du GESI ont donc pensé qu'il serait probablement plus adapté d'aborder les questions relatives à la réactivité dans leur ensemble, c.-à-d. au niveau national (ou même international) plutôt qu'au niveau du système de santé. D'autres membres ont rejeté cette idée et ont souligné que si la réactivité était mesurée au niveau national, les comptes à rendre ne pourraient s'appliquer qu'à ce niveau-là – et non au niveau du système de santé.

Les membres du GESI ont également été surpris que le coefficient de pondération appliqué à la réactivité dans l'indicateur composite puisse atteindre 25 %, ce qui est l'équivalent de celui appliqué au niveau de santé moyen. Cela implique qu'une augmentation d'un point de la réactivité est aussi valorisée qu'une augmentation d'un point sur l'échelle utilisée pour la santé (ce qui représente presque un an d'espérance de vie ajustée de l'état de santé). Au regard de cette compensation implicite, les membres du GESI se sont interrogés sur la pertinence des questions posées pour dégager les coefficients de pondération relatifs à la réactivité et à l'objectif intrinsèque du niveau moyen de la santé. Les membres du GESI se sont demandé également s'il était judicieux d'incorporer un ensemble évolutif de coefficients de pondération de la réactivité à différentes étapes du développement du

système de santé. (L'ensemble actuel des coefficients de pondération reste constant à tous les niveaux de développement.) Un coefficient de pondération supérieur pourrait peut-être relier les objectifs de la réactivité à une parfaite santé à de faibles niveaux d'espérance de vie (p. ex. 50 ans) plutôt qu'à des niveaux élevés d'espérance de vie. Dès que l'espérance de vie atteint 70 ans ou plus, comme dans les pays de l'OCDE, l'utilisation d'un coefficient de pondération de réactivité relativement supérieur est probablement plus appropriée. À des niveaux élevés d'espérance de vie, la place laissée aux améliorations sanitaires supplémentaires est limitée, et d'autres objectifs – comme la réactivité du système de santé – peuvent jouer un rôle plus important.

Les coefficients de pondération des domaines

Plusieurs commentateurs (WHO Regional Office for Europe 2001; WHO Regional Office for South-East Asia 2001) ont proposé l'attribution de pondérations spécifiques par pays aux domaines de réactivité réunis pour composer l'indice général de réactivité (tout en maintenant le coefficient de pondération relatif de la réactivité par opposition aux autres objectifs du système de santé). Les membres du GESI recommandent aussi à l'OMS d'expérimenter un système non linéaire de coefficients de pondération afin de refléter l'ordre évolutif des priorités aux différents stades du développement, susceptible de se rapporter à la réactivité et aux objectifs de santé pure. Certaines des mesures de la réactivité concernent des questions relatives aux droits de l'Homme, comme la dignité et la confidentialité, nécessitant une réponse à tous les stades du développement. La définition précise d'un système de coefficients de pondération non linéaire est susceptible d'accueillir une pondération linéaire constante pour certains domaines de la réactivité.

Certains membres du GESI ont suggéré à l'OMS d'évaluer le rapport existant entre le niveau de la réactivité (par domaine) dans un pays et le niveau des ressources financières allouées à son système de santé. Cette approche favoriserait l'évaluation de l'existence ou de l'absence d'une capacité différentielle nationale dans la production de la réactivité.

La réactivité du système de santé au sens large

Certains des membres du GESI se sont également interrogés sur l'utilisation du terme « réactivité ». La réactivité du système de santé pourrait inclure plusieurs autres caractéristiques en dehors des interactions avec la population – comme la prestation de services de santé, la promotion et la prévention, et l'éducation sanitaires. Ce terme a souvent été source de confusion et interprété comme définissant la qualité de « réponse » du système de santé. Par conséquent, certains membres du GESI ont suggéré à l'OMS d'étudier l'éventuel remplacement du terme « réactivité » par « interactions avec les utilisateurs ». D'autres membres du GESI ont proposé de le remplacer par « centralisation vers les patients / individus » ou « droit des patients ».

D'autres membres du GESI ont suggéré à l'OMS de mener une enquête approfondie afin de formuler potentiellement des questions relatives à la réactivité dès lors qu'elle est liée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.

S'appuyant sur ces critiques et sur sa propre évaluation, le GESI a également pressenti que le questionnaire actuel de l'OMS sur la réactivité était étudié pour dégager essentiellement des informations sur les services de santé personnels, et que certaines activités relatives à la promotion, le protection, et à la prévention de la santé avaient été relativement négligées. Certains des membres du GESI ont souhaité également que la réactivité des activités de financement soit évaluée.

En gros, le GESI est d'avis qu'il convient d'élargir les domaines de la réactivité aux activités du système de santé dépassant les services de santé personnels – p. ex. les systèmes d'alerte précoce en cas d'épidémies ou d'autres menaces de santé biologiques ou environnementales, la promotion de la santé et la prévention, l'éducation sanitaire dans les établissements scolaires, la recherche, etc.

Satisfaction par opposition à réactivité

Le GESI rejoint Blendon et coll. (2001a) sur la nécessité pour les utilisateurs, plus que pour les informateurs clés, d'exprimer leur opinion sur le système des soins de santé. Le GESI reconnaît l'utilité des mesures de satisfaction en général, mais pense qu'elles ne sont pas nécessairement un substitut à la réactivité dans le canevas de l'évaluation de la performance du système de santé. Par exemple, une personne peut être satisfaite des soins qui lui ont été administrés, sans pourtant avoir été rapidement prise en charge ou avoir été traités avec respect. Une personne peut également être satisfaite de ses médicaments même s'ils s'avèrent inutiles, voire nuisibles, dans son état.

À cet égard, il faut souligner que, contrairement à celles de la réactivité, les mesures de la satisfaction ne s'ajustent pas aux différentes attentes individuelles du système de santé. Cet ajustement est fait à l'aide du modèle probit ordonné (voir Section XIII sur la Comparabilité entre populations).

Le GESI recommande à l'OMS de poursuivre son travail sur le développement des mesures de l'expérience et de l'utilisation des vignettes et autres techniques visant à traiter des différences culturelles présentes au sein des attentes et réactions.

Traduction, validité et fiabilité

La difficulté de garantir la précision de la traduction est présente dans toutes les enquêtes multilingues. En particulier lorsqu'un pays abrite de nombreux

dialectes, l'impossibilité de concevoir un questionnaire dans toutes ses langues et dialectes pose des problèmes évidents dans la gestion des entrevues. (Par exemple, l'enquêteur était-il capable de communiquer dans le dialecte du répondant ? L'enquêteur était-il capable, sur place et durant l'entrevue, de bien traduire les concepts et les questions ? Utilisait-il exactement les mêmes mots pour différents ménages ?) Les membres du GESI et les participants aux consultations régionales (WHO Regional Office for Africa 2001; WHO Regional Office for the Western Pacific 2001) ont perçu que la traduction pouvait être un problème légèrement plus difficile à régler pour la réactivité que pour les autres modules, en raison de l'abstraction des concepts en question.

Le GESI recommande à l'OMS de mener des tests cognitifs plus complets afin d'évaluer la façon dont les répondants interprètent les éléments de l'enquête. De plus, des protocoles rigoureux de formation d'enquêteur doivent être établis, testés et appliqués. La formation des enquêteurs et la gestion des entrevues doivent répondre à des niveaux élevés de qualité afin d'essayer de garantir une cohérence dans l'application des protocoles d'enquêtes.

Universalité des domaines

Le GESI recommande à l'OMS de produire un document sur le mappage des influences culturelles dans les domaines de la réactivité ainsi que sur le mappage des domaines pour l'ONU et autres conventions et traités internationaux sur les droits de l'Homme.

Les non-utilisateurs

À partir du commentaire du ministre brésilien (Oswaldo Cruz Foundation 2000; Travassos 2001), le GESI a perçu que l'utilisation d'un indicateur limité à la mesure des expériences d'individus utilisant les services de santé causait de sérieux problèmes, particulièrement lors de comparaisons entre différents pays. Par exemple, même si seulement 20 % de la population du pays A avaient utilisé son système de soins de santé, ce système aurait pu être jugé comme parfaitement réactif par les utilisateurs (selon les critères des évaluations). À l'opposé, dans le pays B, 80 % de la population pourraient avoir utilisé son système de soins de santé et 50 % des utilisateurs pourraient l'avoir jugé réactif. Lequel de ces deux systèmes serait le plus réactif ?

Selon la définition de la réactivité du Rapport sur la santé dans le monde 2000 (reposant sur l'expérience des utilisateurs), le système de soins de santé du pays A est le plus réactif. Plusieurs membres du GESI ont exprimé leur malaise face à cette conclusion logique. Cependant, cette conclusion est inévitable si la couverture ne fait pas partie intégrante de la définition de la réactivité. En fait, selon certains membres du GESI, le terme de « réactivité » évoque l'idée d'un système de soins de santé répondant aux besoins des individus. Ainsi, si les individus du pays A n'ont pas pu utiliser le système (en

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

raison de coûts exorbitants, d'un manque de connaissances, de coûts de transport élevés, de mauvaises expériences antérieures, etc.), cela devrait apparaître dans toutes les mesures de la réactivité du système.

Le GESI a noté le développement par l'OMS d'une approche visant à prédire la réactivité à l'égard des non-utilisateurs. Cependant, si l'OMS maintient son approche actuelle de la mesure de la réactivité auprès des utilisateurs de fait, le GESI préconise que les mesures de la réactivité soient accompagnées de mesures portant sur l'utilisation.

5. Références

Almeida, C., Braveman, P., Gold, M. R., Szwarcwald, C., Ribeiro, J. M., Miglionico, A., Millar, J. S., Porto, S., and do Rosario Costa, N. 2001, "Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000.", *Lancet*, vol. 357,no. 9268, pp. 1692-1697.

Bernhard HR 1995, *Research Methods in Anthropology*, second edn, AltaMira.

Blendon, R., Kim, M., and Benson, J. M. 2001a, "The Public versus the World Health Organization on Health System Performance. Who is better qualified to judge health care systems: public health experts or the people who use the healthcare?", *Health Affairs*, vol. 20,no. 3, pp. 10-20.

Blendon RJ, Kim, M., and Benson JM 2001b, "Authors Respond to WHO Critics", *Health Affairs*, vol. July/August, pp. 253-253.

Darby C, Valentine, N., and Murray C.J.L. WHO strategy on measuring responsiveness. (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper 23). 2000.

De Silva A. A framework for measuring responsiveness.(Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper 32). 2000.

De Silva A and Valentine N. Measuring responsiveness: results of a key informant survey in 35 countries. (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper 21). 2000.

Häkkinen, U. and Ollila, E. 2000, *The World Health Report 2000. What does it tell us about Health Systems? Analyses by Finnish Experts*.

Murray, C. J. L., Frenk, J., Evans, D., Kawabata, K., Lopez, A., and Adams, O. 2001, "Science or Marketing at WHO? A response to Williams.", *Health Economics*, vol. 10,no. 4, pp. 277-282.

Murray, C. J. L., Kawabata, K., and Valentine N 2001, "People's experience versus people's expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced by people's expectations, say these WHO researchers.", *Health Affairs*.

Navarro, V. 2001, "Assessment of the World Health Report 2000.", *Lancet*, vol. 356,no. 9241, pp. 1598-1601.

Navarro, V. 2002, "The World Health Report 2000: Can Health Care Systems Be Compared Using a Single Measure of Performance?", *American Journal of Public Health*, vol. 92,no. 1, pp. 31-34.

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

Oswald Cruz Foundation 2000, *Reports of the workshop "Health Systems Performance - The World Health Report 2000"* Rio de Janeiro.

Ustun B, Chatterji, S., Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana, R., Valentine N, Mathers, C., Ortiz, J. P., Tandon A, Salomon J, Cao Y, Jun XW, and Murray C.J.L. WHO Multicountry Household Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 (Global Programme on Evidence for Health Policy GPE Discussion Paper 37). 2000.

Ustun, B. and et al. World Health Survey: objectives, design, and modules. 2001.

Valentine, N., Ortiz, J. P., Tandon, A., Liu, B., Kawabata, K., Poe, R., and Murray, C. J. L. Levels of responsiveness in eight domains for outpatient and inpatient experiences in 60 national country surveys. 2001.

Valentine, N. and Salomon, J. Weights for Responsiveness domains: analysis of country variation in 57 national sample surveys. 2001.

WHO 2001a, *Report on Technical Consultation on Concepts and Methods for Measuring the Responsiveness of Health Systems (Geneva, September 2001)*, WHO, Geneva.

WHO 2001b, *Report on Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment (Copenhagen, September 2001)*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO 2001c, *General Report on the Regional Consultation Meeting on Health Systems Performance Assessment (Zimbabwe, July 2001)*, WHO Regional Office for Africa, Harare.

WHO 2001d, *Regional Consultation and Technical Workshop on Health Systems Performance Assessment (New Delhi, October 2001)*, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi.

WHO 2001e, *Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment (Washington, May 2001)*, WHO Regional Office for the Americas, Washington.

WHO 2001f, *Regional Consultation on the Conceptual Framework for Health Systems Performance Assessment (Ain Saadeh, Lebanon, July 2001)*, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria.

WHO 2001g, *Regional Consultation on Health Systems Performance Assessment (Manila, July 2001)*, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila.

Williams A. 2001, "Science or Marketing at WHO? A commentary on "World Health 2000", *Health Economics*, vol. 10,no. 2, pp. 93-100.