



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

EUR/RC68/8(M)

Soixante-huitième session

Rome (Italie), 17-20 septembre 2018

6 août 2018

180465

Point 5 b) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport de situation sur les indicateurs pour les cibles de Santé 2020

Ce rapport présente un aperçu des progrès réalisés en matière d'application, de rationalisation et d'amélioration du cadre de suivi de Santé 2020, conformément à la résolution EUR/RC63/R3.

Il est soumis à la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe de 2018.

Sommaire

Introduction et généralités	3
Mesures prises et progrès réalisés	3
Rapport sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles de Santé 2020	4
Alléger le fardeau de la communication des données et harmoniser les indicateurs	6
Améliorer le suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et l'établissement de rapports à ce sujet	7
Conclusions de la consultation avec les États membres	8
Les défis à relever	9
Conclusions et perspectives	10
Annexe 1. Indicateurs de base et supplémentaires pour le suivi des cibles stratégiques de Santé 2020	12
Annexe 2. Options présentées aux États membres pour consultation (février-mars 2018)	19

Introduction et généralités

1. En 2013, les États membres ont adopté, à l'occasion de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR63), une résolution relative aux indicateurs pour les cibles de Santé 2020 (EUR/RC63/R3). Cette dernière établit les indicateurs de base et supplémentaires auxquels doit recourir le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe afin de suivre les progrès accomplis dans la Région en ce qui concerne les six cibles adoptées pour Santé 2020. Sur la base de cette résolution, la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation a publié le cadre de suivi de Santé 2020, dont s'inspirent plusieurs produits essentiels d'information sanitaire élaborés par le Bureau régional, notamment la publication phare « Rapport sur la santé en Europe », les éditions annuelles de Core Health Indicators in the WHO European Region (2016) [Indicateurs sanitaires de base de la Région européenne de l'OMS (2016)] ainsi que les Profils nationaux sur la santé et le bien-être.
2. Outre la référence aux indicateurs de base pour Santé 2020, la résolution demande au Bureau régional de poursuivre sa collaboration avec le groupe d'experts et les États membres afin de trouver de nouvelles méthodes de suivi et de communication de données dans d'autres domaines pertinents pour Santé 2020. En particulier, les États membres ont demandé que le Bureau régional affine les mécanismes de suivi et de communication de données pour les principaux concepts de Santé 2020 fondés sur des valeurs (voir document EUR/RC63/8). Des concepts tels que le bien-être, la résilience et l'autonomisation qui, de par leur nature subjective, sont difficiles à évaluer à l'aide d'approches quantitatives, revêtent cependant une importance primordiale pour mettre en œuvre efficacement Santé 2020 et, ultérieurement, les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies.
3. Comme demandé dans la résolution EUR/RC63/R3, le présent rapport fait la synthèse du travail accompli en vue de mettre en œuvre, de rationaliser et d'améliorer le cadre de suivi de Santé 2020.

Mesures prises et progrès réalisés

4. Sous l'égide de l'Initiative européenne d'information sanitaire de l'OMS (Initiative EHII), le Bureau régional s'est employé systématiquement à soutenir l'intégration et la diffusion des connaissances, de l'expertise et des bonnes pratiques existantes dans le domaine de l'information sanitaire, en mettant particulièrement l'accent sur Santé 2020. L'Initiative EHII est un réseau multipartite, coordonné par la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation, et le principal instrument dont dispose le Bureau régional pour intégrer et harmoniser l'information sanitaire dans la Région.
5. La mise au point du cadre d'évaluation évoqué en détail dans la publication « Targets and indicators for Health 2020 » [Cibles et indicateurs pour Santé 2020] s'est avérée fondamentale pour réaliser des progrès à cet égard. Bien que les États membres aient approuvé une liste de 19 indicateurs de base et de 18 indicateurs supplémentaires afin de mesurer les progrès accomplis par rapport aux six cibles (voir Annexe 1), ils ont demandé à l'OMS de proposer également des indicateurs de base et supplémentaires pour le « bien-être objectif ». Les groupes d'experts sur les indicateurs de bien-être et de Santé 2020 ont terminé leurs travaux dans ce domaine en avril 2014, et présenté les résultats de leurs recherches à la session du Comité régional de la même année, ouvrant ainsi la voie à la publication d'une

série d'ouvrages dont le principal objectif est de fournir aux États membres des informations de routine fiables et comparables sur la santé et le bien-être aux niveaux national et régional.

Rapport sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles de Santé 2020

6. Lors de la session du Comité régional de 2016, les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS ont adopté le Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC66/R12). L'utilisation de la plate-forme EHII comme cadre de coordination et de mise en œuvre des activités énoncées dans le plan d'action (domaine d'action n° 1) permet dans une large mesure de rendre opérationnelle la résolution EUR/RC63/R3. L'Initiative EHII s'est très rapidement développée, et compte désormais 37 membres (en date de janvier 2018), pour la plupart des États membres de l'OMS (28 sur 37), ainsi que plusieurs acteurs non étatiques et fondations caritatives, la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le Comité directeur de l'Initiative EHII se réunit trois fois par an afin de dresser un bilan des progrès accomplis et de mettre en œuvre son plan de travail, à la lumière du volume croissant d'activités liées à l'information sanitaire dans la Région.

7. Presque toute la Région européenne de l'OMS participe actuellement à des activités dans ce domaine par le biais de réseaux sous-régionaux et thématiques d'information sanitaire relevant de l'Initiative EHII. À ce jour, plusieurs nouveaux réseaux ont été instaurés en vue d'aider les États membres à harmoniser l'information sanitaire et à procéder à l'échange de données d'expérience sur des sujets spécifiques. Quarante-quatre États membres de la Région européenne participent et contribuent à au moins un de ces réseaux d'information sanitaire, dont 14 au Réseau européen sur la charge de morbidité, 9 au nouveau réseau d'information sanitaire créé au sein du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, 8 au Réseau d'information sanitaire des petits États et 5 au Réseau d'information des républiques d'Asie centrale. Un nouveau réseau d'information sanitaire, le Réseau d'action sur la mesure de l'instruction en santé des populations et des organisations, a également été institué sous l'égide de l'Initiative EHII et sous la direction du gouvernement autrichien.

8. En 2016 et 2017, des participants de 30 États membres ont assisté à l'Université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques et/ou à son cours de perfectionnement. Ces cours pilotes de renforcement des capacités, principalement consacrés au suivi de Santé 2020, continuent de bénéficier d'un appui ministériel de haut niveau de la part des pays hôtes et obtiennent régulièrement des notes élevées dans les évaluations de cours. Le programme de l'université d'automne est continuellement mis à jour pour tenir compte des initiatives d'information sanitaire prises dans la Région (telles que la gestion de l'information sanitaire dans les situations d'urgence en collaboration avec le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire du Bureau régional, ainsi que la mesure et l'analyse de la charge de morbidité), et le cours de perfectionnement est adapté pour répondre aux intérêts spécifiques de chaque groupe de participants. Une évaluation plus détaillée du cours de perfectionnement de 2017 a permis de mettre en évidence l'impact positif de ces cours sur la promotion et le renforcement de la collaboration entre les États membres.

9. La tenue d'ateliers dans différents États membres sur des thèmes spécifiques (notamment sur l'évaluation du système d'information sanitaire en ex-République yougoslave de Macédoine, sur l'assurance qualité et l'analyse des statistiques de mortalité en Géorgie et en République de Moldova, ainsi que sur le Portail européen d'information sanitaire (*European Health Information Gateway*) et ses outils en Fédération de Russie) a aussi contribué au renforcement des capacités.

10. Après avoir collaboré avec les différents États membres à l'analyse des données nationales, le Bureau régional a produit deux publications parallèles qui rendent compte de la situation sanitaire dans la Région et mettent l'accent sur les cibles et indicateurs de Santé 2020 : les Profils nationaux de la santé et du bien-être et les Panoramas de la santé et du bien-être. Cinq séries ont été publiées à ce jour (pour la Bulgarie, la Géorgie, la Grèce, la République de Moldova et la Slovénie). Ces publications réalisées en collaboration sont aussi de plus en plus demandées, et quatre autres séries (pour la Fédération de Russie, Malte, la Serbie et la Turquie) sont en préparation pour 2018.

11. En 2017, une nouvelle analyse des indicateurs qualitatifs de la politique Santé 2020 a fait état des progrès remarquables réalisés par les États membres concernant l'alignement des politiques nationales sur Santé 2020, et l'instauration de mécanismes de responsabilisation pour mettre en œuvre cette dernière. En outre, le Bureau régional prépare actuellement le Rapport sur la santé en Europe 2018, qui évoquera non seulement la situation et les tendances sanitaires de la Région, mais examinera aussi plusieurs exemples d'interventions spécifiques susceptibles d'être prises par les États membres et le Bureau régional pour mettre pleinement en œuvre le plan d'action.

12. Le rapport annuel des indicateurs sanitaires essentiels de 2016 et 2017 rend compte des principaux indicateurs de la Région dans ce domaine, et en particuliers de ceux de Santé 2020. Ces derniers sont en outre rapportés sur les plates-formes électroniques, telles que l'application mobile des statistiques européennes de la santé et le Portail européen d'information sanitaire. Ce dernier a permis d'élargir rapidement le volume de données intégrées dans l'entrepôt de données du Bureau régional, avec notamment de nouvelles séries de données couvrant un vaste ensemble de domaines, comme la résistance aux antimicrobiens, la santé des enfants et des adolescents, la préparation aux situations d'urgence et la nutrition. Ces initiatives sont le fruit d'activités menées en collaboration au sein du Bureau régional sous la direction de l'équipe de coordination du Portail européen d'information sanitaire (Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation). Elles ont permis une meilleure intégration de l'information au Bureau régional ainsi que sa diffusion en toute transparence auprès des États membres et du public. Plusieurs mises à niveau ont facilité la recherche et la visualisation de l'information sur le portail. Par exemple, l'explorateur de la Santé pour tous est un nouvel outil qui permet une recherche et une exploration intégrées de plus de 1 500 indicateurs repris dans cette base de données. Depuis son lancement public en mars 2016, le nombre d'utilisateurs du portail a triplé grâce à des activités de promotion telles que des campagnes et des tutoriels vidéo, et à la tenue d'un atelier national sur l'utilisation du portail et de ses outils (Fédération de Russie). D'autres améliorations au portail et à sa panoplie d'outils sont prévues pour 2018.

13. Le Bureau régional s'est employé à soutenir l'harmonisation des indicateurs relatifs à la santé dans la Région européenne de l'OMS. La première phase d'un exercice de cartographie a été réalisée sous la supervision du Comité directeur de l'Initiative EHII. L'objectif était de recenser et de comparer les éléments des six séries d'indicateurs les plus couramment utilisées dans la Région. Sur la base de ces résultats, un sous-groupe du Comité directeur de l'Initiative EHII émettra des recommandations sur la deuxième phase de cet exercice, qui

comprendra une analyse détaillée des indicateurs les plus utilisés dans la Région afin de déterminer les caractéristiques essentielles susceptibles de contribuer à harmoniser les définitions des indicateurs en rapport avec la santé. La coordination assurée par le Comité directeur de l'Initiative EHII assurera la complémentarité avec les activités similaires menées par l'Action conjointe sur l'information sanitaire de la Commission européenne et le Réseau d'information sanitaire de la Communauté des États indépendants.

14. Conformément à la résolution et à l'engagement pris par le Bureau régional à cet égard, ce dernier a également poursuivi sa collaboration avec les organismes internationaux dans le domaine de la coordination et de l'information sanitaires. Il a en outre organisé, conjointement avec la Commission européenne et l'OCDE, une séance d'information technique au CR67. Cet événement a mis en lumière les activités menées actuellement en collaboration avec le Bureau régional, la Commission européenne et l'OCDE, ainsi que les possibilités de développer cette coopération. Les États membres ont fait part de leurs observations sur les aspects des activités conjointes qu'ils jugent les plus utiles. Ils se sont déclarés très satisfaits du niveau de collaboration, et se sont également félicités des efforts déjà déployés en vue d'alléger la charge de communication de données, et d'harmoniser et d'intégrer l'information sanitaire en Europe.

15. Le Bureau régional a organisé, en collaboration avec le ministère maltais de la Santé, la Commission européenne et HIMSS-CHIME International (un partenariat entre la Healthcare Information and Management Systems Society et le College of Health Information Management Executives), la Semaine annuelle de la santé numérique à Malte en mai 2017, une conférence particulièrement couronnée de succès qui s'est tenue lors de la présidence maltaise du Conseil de l'Union européenne. À cette occasion, la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation a réuni des membres du personnel de plusieurs divisions afin d'animer un certain nombre de séances consacrées à la santé publique, en mettant en avant l'impact des données sur la santé des individus, ainsi que le rôle de l'e-santé dans le renforcement de l'information fondée sur des données probantes en vue d'élaborer des politiques de santé.

Alléger le fardeau de la communication des données et harmoniser les indicateurs

16. La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a mis en place une fonction de « filtrage » au Bureau régional afin de réduire le nombre de demandes de données adressées aux États membres. Au début de chaque année, toutes les divisions techniques soumettent leurs plans de demandes de données au Groupe de politique statistique du Bureau régional. Ce dernier prodigue des conseils à la directrice régionale, l'aidant ainsi dans sa prise de décision concernant le nombre et la nature des demandes à venir, sur la base de critères convenus. Les divisions doivent respecter un critère important à cet égard, à savoir attester la nécessité d'une telle demande dans une résolution des organes directeurs. Bien que cette procédure ait permis de réduire le nombre de demandes d'enquêtes émanant du Bureau régional, le Siège de l'OMS et d'autres organisations continuent de soumettre un nombre conséquent de demandes.

17. Le Bureau régional a également collaboré avec les États membres à la simplification du processus de communication de données et de rapports aux organismes internationaux, en prenant notamment des mesures en vue de définir un ensemble d'indicateurs commun pour la Région. Conformément à la résolution EUR/RC67/R3, adoptée par le Comité régional au CR67

en septembre 2017, le Bureau régional a réuni, en novembre de la même année, un groupe d'experts en vue d'examiner et de proposer un ensemble d'indicateurs et, ainsi, d'élaborer un cadre commun de suivi pour Santé 2020, les ODD et le Plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Le groupe d'experts a convenu de critères afin de déterminer quels indicateurs de ces trois cadres doivent être repris dans un ensemble commun. Il a ensuite présenté une liste de 40 indicateurs ainsi que d'autres questions à des fins de consultation. Le bilan de la réunion du groupe d'experts a été bien accueilli par le Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) en novembre 2017. La proposition a été distribuée aux États membres pour consultation lors du premier trimestre 2018, et est recommandée pour adoption par les États membres au CR68.

Améliorer le suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et l'établissement de rapports à ce sujet

18. Santé 2020 a suscité un changement en faveur de l'adoption de valeurs fondamentales qui mettent en avant les idéaux cardinaux d'équité, de durabilité, de qualité, de transparence, de responsabilité, d'égalité entre les sexes, de dignité et de droit de participation au processus décisionnel. Cette approche de santé publique fondée sur des valeurs, qui préconise la mise en place de systèmes de santé centrés sur la personne, promeut la santé à toutes les étapes de la vie et s'efforce de parvenir à l'équité et à la santé pour tous, insuffle à la santé publique toute la complexité de l'expérience subjective vécue par les individus et les communautés.

19. Un tel changement a inévitablement remis en question les formes traditionnelles et quantitatives de collecte de données probantes, telles que les informations sanitaires de routine ou les données d'enquête auprès des ménages, qui ne peuvent guère saisir les formes contextualisées et expérientielles des connaissances. Bien que les données quantitatives soient essentielles, elles sont souvent insuffisantes en elles-mêmes pour interpréter l'information et promouvoir l'acceptation de pratiques et de politiques fondées sur des données probantes.

20. Les États membres ont donc demandé que certains des principaux concepts de Santé 2020 fondés sur des valeurs soient mieux cernés, s'agissant là d'une priorité importante pour améliorer son cadre de suivi. Le bien-être subjectif constitue d'ailleurs le principal de ces concepts. Bien que les États membres aient déjà adopté un indicateur du bien-être subjectif (satisfaction eu égard à la vie) dans le cadre de la résolution EUR/RC63/R3, il a été convenu de poursuivre les travaux dans ce domaine afin d'assurer un suivi adéquat du concept et d'en rendre compte. Bien que les experts aient examiné lors de leurs réunions les possibilités d'élargir l'ensemble d'indicateurs fixé en vue d'inclure le bien-être subjectif, cette option a été jugée impossible à l'heure actuelle, étant donné le caractère hétérogène des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Les experts ont plutôt recommandé d'accorder la priorité aux approches qualitatives issues de diverses disciplines universitaires qui, selon eux, pourraient contribuer de façon significative à la collecte et à l'interprétation de données subjectives sur le bien-être. Un rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé (HEN) de l'OMS, intitulé « Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector (2016) » [Les contextes culturels de la santé : l'utilisation de la recherche narrative dans le secteur de la santé (2016)], explique comment la recherche narrative sur le bien-être permet dans une large mesure d'étudier les nuances culturelles des mesures quantitatives du bien-être, en les affinant et en éclairant le débat sur la manière de comparer de façon significative le bien-être entre différentes cultures, et sur l'ampleur même de cette comparaison.

21. Pour renforcer davantage la capacité du Bureau régional à mesurer les indicateurs de Santé 2020 et d'en rendre compte, et pour continuer à mettre à jour les bases de données factuelles et de connaissances sur l'information sanitaire, il a été demandé au Réseau HEN de rédiger d'autres rapports de synthèse. Ceux-ci se penchent sur la praticabilité de rendre compte d'autres principaux concepts de Santé 2020 fondés sur des valeurs, comme recommandé lors d'une série de réunions d'experts tenues en 2016-2017. S'inspirant des meilleures données probantes disponibles dans ce domaine, les rapports proposent des stratégies de suivi quantitatif et qualitatif afin de mesurer les concepts suivants et d'en rendre compte :

- la résilience des communautés ;
- l'autonomisation des communautés ;
- l'adoption de la perspective portant sur toute la durée de la vie ;
- l'adoption de l'approche pansociétale.

22. Les rapports du Réseau HEN énoncent plusieurs considérations politiques sous-tendant les approches susceptibles d'être adoptées afin de mesurer ces concepts. Lorsque cela est possible, des domaines et des indicateurs clés sont suggérés. Les recommandations portent également sur les moyens d'agrémenter l'analyse des métadonnées à travers ces dimensions par des études de cas qualitatives et participatives en vue de susciter la collaboration des communautés confrontées à la marginalisation ou à des niveaux élevés d'adversité.

23. En outre, comme demandé par les États membres dans la résolution EUR/RC63/R3, le Bureau régional a fait procéder à une étude pilote en vue d'examiner la valeur ajoutée que la recherche narrative peut apporter aux activités de suivi et de notification du bien-être menées dans les États membres de la Région européenne, sans pour autant alourdir leur charge de travail en matière de communication de données et d'établissement de rapports.

24. Une réunion du groupe d'experts chargé d'améliorer le suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et l'établissement de rapports à ce sujet a été organisée le 9 février 2018 afin de passer en revue les rapports du Réseau HEN actuellement en cours de préparation (résilience et autonomisation des communautés, et adoption de la perspective portant sur toute la durée de la vie), d'examiner le rapport pilote en cours sur le bien-être, et d'aider le Bureau régional à préparer la consultation avec les États membres qui a eu lieu en février et en mars 2018.

Conclusions de la consultation avec les États membres

25. Au cours de cette consultation, plusieurs méthodes visant à rendre compte du bien-être ainsi que de la résilience et de l'autonomisation des communautés ont été soumises aux commentaires des États membres (voir l'annexe 2). En ce qui concerne ces deux derniers concepts, il a été demandé aux États membres de classer les options présentées dans l'ordre dans lequel le Bureau régional devrait les mettre en œuvre, en fonction de leur faisabilité. Dans le cas du bien-être, les États membres ont été invités à formuler des observations sur la faisabilité de l'approche visant à améliorer le suivi subjectif du bien-être et l'établissement de rapports à l'aide de méthodes narratives.

26. Au total, six pays ont participé à la consultation. Les États membres se sont montrés positifs quant aux activités visant à améliorer le suivi et l'établissement de rapports sur Santé 2020, et ont souligné la nécessité de poursuivre ces travaux. Bien que les États membres

soient divisés de manière égale lorsqu'il s'agit de classer les options de mesure de l'autonomisation et de la résilience des communautés, quatre points généraux peuvent être dégagés des observations et commentaires émis à ce sujet. Ceux-ci sont présentés ci-dessous, avec la réponse du secrétariat de l'OMS.

- *La nécessité d'assurer la qualité, la comparabilité et/ou la disponibilité des données quantitatives et qualitatives a été soulignée.* Les données quantitatives seront validées par le secrétariat de l'OMS, et seront donc comparables dans la Région européenne de l'OMS. Si les données qualitatives ne doivent pas nécessairement servir à la comparaison entre les pays (bien que cela soit possible), elles doivent permettre de mieux cerner et de mieux comprendre les concepts donnés au niveau national.
- *La mise en œuvre de ce projet nécessitera beaucoup de ressources.* Bien que cela soit vrai, le secrétariat de l'OMS recherchera un financement externe (contributions volontaires) pour soutenir ce travail. La Fondation Robert Wood Johnson et le Wellcome Trust ont déjà apporté un appui financier.
- *La charge de travail représentée par la communication de données et l'établissement de rapports constitue une source de préoccupation, et la nécessité de définir un ensemble intégré d'indicateurs pour tous les concepts apparentés a été soulignée.* Le secrétariat de l'OMS est tout à fait conscient de la nécessité de réduire autant que possible la charge de travail des États membres en matière d'établissement de rapports. La préférence sera accordée aux indicateurs faisant l'objet d'une collecte systématique de données. L'analyse qualitative sera menée par le secrétariat de l'OMS en collaboration avec les centres collaborateurs de l'OMS et d'autres partenaires.
- *Il a été recommandé de mettre à l'essai plusieurs aspects de cette initiative.* Le secrétariat de l'OMS convient que la mise à l'essai des travaux décrits dans la proposition constitue une étape importante pour améliorer l'approche et démontrer sa faisabilité. Sous réserve d'un financement adéquat, l'OMS étudiera la possibilité d'établir, à l'intention des États membres, des rapports pilotes sur les divers concepts à l'étude.

27. Enfin, un État membre a proposé de prendre en compte l'instruction en santé lors de l'élaboration d'une approche améliorée de suivi et d'établissement de rapports ; cette proposition a été fortement approuvée par plusieurs autres États membres lors de la réunion du CPCR organisée à Genève (Suisse) en mai 2018. Cette question sera examinée lors de la prochaine réunion du groupe d'experts chargé d'améliorer le suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et l'établissement de rapports à ce sujet (prévue en novembre 2018).

Les défis à relever

28. La mobilisation de fonds pour améliorer la communication d'informations sanitaires de routine s'est avérée problématique à l'OMS. Bien que les bailleurs de fonds manifestent un intérêt considérable pour les nouveaux concepts de Santé 2020, peu d'entre eux sont disposés à accorder un financement supplémentaire en vue de renforcer les activités menées par le Bureau régional en matière d'information sanitaire de routine. L'équipe de la division se retrouve dès lors dans une situation délicate qui finit par impacter les résultats escomptés des plans de travail. La nouvelle priorité accordée dans le Treizième Programme général de

travail 2019-2023 à la collecte de données offre une occasion de remédier à cette situation. Les divergences observées dans les mandats constitutionnels des organisations internationales rendent en outre difficile l'harmonisation de l'information sanitaire. En effet, et malgré la collaboration efficace et grandissante entre le Bureau régional, la Commission européenne et l'OCDE, ces institutions sont investies de mandats différents qui imposent des limites et des restrictions à certaines des demandes exprimées par les États membres en faveur de « produits conjoints ». Or, les organisations ont jusqu'à présent réussi à trouver un terrain d'entente.

29. La majorité, sinon la totalité, des concepts de Santé 2020 fondés sur des valeurs, notamment ceux définis pour améliorer l'évaluation et la communication de données, sont dynamiques, multidimensionnels et s'étalent sur divers échelons. Certains, comme le bien-être, intègrent également une composante subjective importante qui dépend souvent des contextes culturels. Alors que l'adoption d'une méthodologie mixte, incluant données quantitatives et qualitatives, apportera une importante valeur ajoutée au Bureau régional et renforcera sa capacité de rendre compte des concepts susmentionnés de manière significative, il sera cependant difficile d'étendre cette approche sans alourdir le fardeau des États membres en matière de communication de données. L'appui technique des centres collaborateurs de l'OMS s'avérera donc essentiel à cet égard, comme il sera impérieux d'optimiser l'utilisation de l'information sanitaire disponible.

30. L'amélioration du suivi des concepts de Santé 2020 et de l'établissement de rapports à ce sujet fait face à un défi particulier : la question de la charge de travail des États membres en matière de communication d'informations qui est déjà considérable, et ne doit donc pas être alourdie. Par conséquent, lorsque l'on proposera des indicateurs à l'avenir, on veillera à ce que les données de ces indicateurs soient systématiquement disponibles, et qu'aucune collecte de données supplémentaire ne doive être entreprise au niveau des pays. Le Bureau régional obtiendra des données quantitatives supplémentaires en consultant des indices et des bases de données libres d'accès, notamment Eurostat, la base de données de la Banque mondiale sur la gouvernance, l'Indice de développement du genre, l'Indice de la société civile CIVICUS, l'Indice de résilience des villes (City Resilience Index) ou l'enquête sur les valeurs dans le monde (World Values Survey). La collecte d'informations qualitatives nécessitera, quant à elle, la collaboration d'experts compétents afin d'élaborer des études de cas participatives et qualitatives, d'organiser des groupes de discussion avec des populations marginalisées ou de réaliser des entretiens semi-structurés avec d'autres groupes d'intérêt. Ces experts seront engagés individuellement par le Bureau régional, ou le travail sera mené avec l'appui technique des centres collaborateurs de l'OMS.

Conclusions et perspectives

31. Il est à espérer que tous les États membres finiront par adhérer à l'Initiative EHII, une initiative en plein essor, et contribueront à l'harmonisation de l'information sanitaire dans la Région. L'Initiative EHII a suscité la mise en œuvre de nouvelles activités et la création de nouveaux réseaux, tels que le Réseau d'action sur la mesure de l'instruction en santé des populations et des organisations, établi sous l'égide du ministère autrichien de la Santé. Le Bureau régional continuera à améliorer le Portail européen d'information sanitaire afin d'y intégrer des fonctions innovatrices, et collabore actuellement avec une université en Allemagne en vue d'établir un centre collaborateur de l'OMS pour le déploiement des Profils nationaux et des Panoramas sur la santé dans tous les pays de la Région. Il a en outre procédé à une

évaluation quantitative et qualitative détaillée des cours de formation annuels, et utilisera les recommandations pour les réviser et les améliorer.

32. En ce qui concerne l'amélioration du suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et l'établissement de rapports à ce sujet, le Bureau régional poursuivra ses activités dans ce domaine en vue d'incorporer les méthodes qualitatives dans ses publications existantes, notamment au niveau des pays, et de replacer ainsi dans leur contexte les indicateurs quantitatifs qui, d'ailleurs, font déjà l'objet d'une notification. Ces nouvelles formes de données probantes, dont la collecte et l'analyse se fonderont sur les méthodologies des sciences humaines et sociales, permettront d'aboutir à une compréhension plus holistique de la santé et du bien-être au XXI^e siècle. Ainsi le Bureau régional pourra-t-il aider ses États membres à mieux rendre compte des ODD, et à atteindre ces objectifs. Une autre réunion du groupe d'experts en vue d'améliorer le suivi de la mise en œuvre de Santé 2020 et la communication de données et de rapports à ce sujet est prévue pour novembre 2018. Ce sera l'occasion d'étudier les moyens de mettre en œuvre les recommandations formulées par les États membres au cours du processus de consultation et lors des sessions du Comité régional. Le groupe d'experts continuera également à examiner systématiquement d'autres concepts de Santé 2020 fondés sur les valeurs, et à élaborer des options pour les mesurer sur la base des meilleures données probantes disponibles.

Annexe 1. Indicateurs de base et supplémentaires pour le suivi des cibles stratégiques de Santé 2020¹

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
Domaine cible n° 1 de Santé 2020. Charge de morbidité et facteurs de risque Grand but ou cible générale n° 1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	1.1. Une réduction relative de 1,5 % par an de la mortalité prématurée globale (les 4 causes combinées) par maladie cardiovasculaire, cancer, diabète et maladie respiratoire chronique d'ici à 2020	(1) 1.1.a. Taux global de mortalité prématurée standardisé selon l'âge (de 30 à moins de 70 ans) pour 4 grandes maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires (CIM-10 ^a , codes I00-I99), cancer (CIM-10, codes C00-C97), diabète sucré (CIM-10, codes E10-E14) et maladies respiratoires chroniques (CIM-10, codes J40-J47)) ventilé par sexe ; maladies de l'appareil digestif (CIM-10, codes K00-K93) (également suggéré, mais notifié séparément)	HFA ^b (42)	(1) 1.1.a. Taux de mortalité standardisé toutes causes confondues, ventilé par âge et par sexe	HFA (42)
		(2) 1.1.b. Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac (comprend le tabagisme quotidien et non quotidien ou occasionnel) chez les personnes âgées de 18 ans et plus	Source utilisée par le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles (HFA) (50)	(2) 1.1.b. Prévalence du tabagisme hebdomadaire chez les adolescents	Enquête HBSC ^c (38)
		(3) 1.1.c. Consommation totale (déclarée et non déclarée) d'alcool par habitant chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile (litres d'alcool pur), en notifiant séparément, si possible, la consommation déclarée et non déclarée	Source utilisée par le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles (Observatoire mondial de la santé) (50)	(3) 1.1.c. Alcoolisme ponctuel immodéré (60 g d'alcool pur ou environ 6 verres d'alcool standard au moins une fois par semaine) chez les adolescents	ESPAD ^d (34)

¹ Les chiffres entre parenthèses font référence au numéro de l'indicateur. Comme certains indicateurs concernent plus d'une cible, la numérotation n'est pas séquentielle. Il y a 19 indicateurs de base et 18 indicateurs supplémentaires au total.

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
		(4) 1.1.d. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes de 18 ans et plus, standardisée selon l'âge (indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m ² pour le surpoids et ≥ 30 kg/m ² pour l'obésité), si possible ventilée par âge et par sexe, en notifiant séparément les données mesurées et autodéclarées	Source utilisée par le cadre global mondial de suivi de la lutte contre les maladies non transmissibles (HFA) (46)	(4) 1.1.d. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (définie comme la valeur de l'IMC par rapport à l'âge supérieure à +1 Z-score ^e et +2 Z-score relativement à la médiane de la croissance de référence ^f de l'OMS pour 2007, respectivement)	Enquête HBSC (38)
	1.2. Élimination notable et durable de certaines maladies à prévention vaccinale (poliomyélite, rougeole et rubéole) et prévention du syndrome de rubéole congénitale	(5) 1.2.a. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose avant l'âge de 2 ans), la poliomyélite (3 doses avant l'âge de 1 an) et la rubéole (1 dose avant l'âge de 2 ans)	HFA (51)		
	1.3. Réduction de la mortalité due à des causes externes	(6) 1.3.a. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour toutes les causes externes et les traumatismes, ventilés par sexe (CIM-10, codes V01-V99, W00-W99, X00-X99 et Y00-Y98)	HFA et HFA-MDB ^g (42)	(5) 1.3.a. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les accidents de la route impliquant des véhicules automobiles (CIM-10, codes V02-V04, V09, V12-V14, V19-V79, V82-V87 et V89)	HFA et HFA-MDB (36)

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
				(6) 1.3.b. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les empoisonnements accidentels (CIM-10, codes X40-X49)	HFA-MDB (42)
				(7) 1.3.c. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour l'intoxication alcoolique (CIM-10, code X45)	HFA-MDB (35)
				(8) 1.3.d. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les suicides (CIM-10, codes X60-X84)	HFA et HFA-MDB (42)
				(9) 1.3.e. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les chutes accidentelles (CIM-10, codes W00-W19)	HFA-MDB (42)
				(10) 1.3.f. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les homicides et les agressions (CIM-10, codes X85-Y09)	HFA et HFA-MDB (41)

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
Domaine cible n° 2 de Santé 2020. Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants	2.1. Poursuite de l'allongement de l'espérance de vie au rythme actuel (taux annuel pendant la période 2006-2010) et réduction des différences d'espérance de vie en Europe	(7) 2.1. Espérance de vie à la naissance, ventilée par sexe	HFA (42)	(11) 2.1.a. Espérance de vie à 1, 15, 45 et 65 ans, ventilée par sexe	HFA (41)
Grand but ou cible générale n° 2. Augmenter l'espérance de vie en Europe				(12) 2.1.b. Nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans, ventilé par sexe	Eurostat (31)
Domaine cible n° 2 de Santé 2020. Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants	3.1. Réduction des écarts en matière de santé associés aux déterminants sociaux en Europe	(8) 3.1.a. Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, ventilée par sexe	HFA (42)		
		(7) 3.1.b. Espérance de vie à la naissance, ventilée par sexe	HFA (42)		
Grand but ou cible générale n° 3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)		(9) 3.1.c. Proportion d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés, ventilée par sexe	HFA (46)		
		(10) 3.1.d. Taux de chômage, ventilé par âge et par sexe	ILOSTAT ^h et Eurostat (OIT 38 ; EU-SILC ⁱ 30 ; total 43)		
		(11) 3.1.e. Adoption attestée d'une politique nationale et/ou sous-nationale visant à réduire les inégalités de santé	Notifié directement par les États membres à travers le rapport annuel de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe		

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
Domaine cible n° 2 de Santé 2020. Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants Grand but ou cible générale n° 4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne	Déterminé en fonction des valeurs de référence des indicateurs de base pour le bien-être, dans le but de réduire les différences intrarégionales (nivellement par le haut)	(12) 3.1.f. Coefficient de Gini (répartition des revenus)	HFA (40)		
		(13) 4.1.a. Satisfaction eu égard à la vie, ventilée par âge et par sexe	Gallup World Poll et Eurostat (Gallup (50) ; EU-SILC (32) ; total 50)	4.1.a. Indicateurs du bien-être subjectif, soit dans différents domaines, soit par eudémonisme ou par affect ; à élaborer.	À fixer
		(14) 4.1.b. Disponibilité de l'aide sociale	HFA (50)	(13) 4.1.b. Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules	CEE-ONU ^j (28)
		(15) 4.1.c. Pourcentage de la population disposant d'installations d'assainissement améliorées	HFA (51)	(14) 4.1.c. Dépenses de consommation finale des ménages par habitant	Banque mondiale (48)
		(12) 4.1.d. Coefficient de Gini (répartition des revenus)	HFA (40)	(15) 4.1.d. Niveau d'instruction des personnes âgées de 25 ans et plus ayant au moins terminé leurs études secondaires	HFA (32)
		(10) 4.1.e. Taux de chômage, ventilé par âge et par sexe	ILOSTAT et Eurostat (OIT 38 ; UE-SILC 30 ; total 43)		
(9) 4.1.f. Proportion d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés, ventilée par sexe	HFA (46)				

Domaine/cible	Quantification	Indicateurs de base	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)	Indicateurs supplémentaires	Source des données (nombre d'États membres repris dans la source de données)
Domaine cible n° 3 de Santé 2020. Processus, gouvernance et systèmes de santé Grand but ou cible générale n° 5. Couverture universelle et « droit à la santé »	5.1. Passage à la couverture universelle (selon la définition de l'OMS) ^k d'ici 2020	(16) 5.1.a. Paiements directs aux prestataires par les ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé	HFA (53)	(16) 5.1.a. Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (CIM-10, codes O00-O99)	HFA (49)
		(5) 5.1.b. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose avant l'âge de 2 ans), la poliomyélite (3 doses avant l'âge de 1 an) et la rubéole (1 dose avant l'âge de 2 ans)	HFA (51)	(17) 5.1.b. Pourcentage de personnes traitées avec succès parmi les cas de tuberculose pulmonaire confirmés en laboratoire (traitement terminé)	Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde ^l (46)
		(17) 5.1.c. Dépenses totales de santé (en pourcentage du PIB ^m)	HFA (53)	(18) 5.1.c. Dépenses publiques de santé (en pourcentage du PIB)	HFA (53)
Domaine cible n° 3 de Santé 2020. Processus, gouvernance et systèmes de santé Grand but ou cible générale n° 6. Les États membres fixent des cibles nationales	6.1. Mise en place de processus pour la fixation de cibles nationales (si ce n'est déjà fait)	(18) 6.1.a. Mise en place attestée d'un processus de fixation de cibles (mode d'attestation à déterminer par les États membres)	Notifié directement par les États membres à travers le rapport annuel de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe		
		(19) 6.1.b. Attestation d'éléments de preuve : a) adoption de politiques nationales alignées sur Santé 2020 ; b) plan de mise en œuvre ; c) mécanisme de responsabilisation (mode d'attestation à déterminer par les États membres)	Notifié directement par les États membres à travers le rapport annuel de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe		

^a Classification internationale des maladies, dixième révision.

^b Base de données européenne de la Santé pour tous (*European Health for All database*).

^c Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé.

^d Enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*).

^e La valeur Z-score désigne le nombre d'unités (de l'écart-type) de l'IMC d'un sujet donné qui se trouve au-dessus ou en dessous de la valeur moyenne de l'IMC pour son groupe d'âge et son sexe.

^f de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishuda C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007;85(9):660–7 (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf, accessed 8 July 2018).

^g Base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les indicateurs de mortalité (*Mortality indicator database*).

^h Base de données sur les statistiques du travail de l'Organisation internationale du travail (OIT).

ⁱ Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie.

^j Commission économique pour l'Europe des Nations Unies.

^k Accès équitable à des services efficaces et nécessaires, sans charge financière.

^l Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en, consulté le 12 juillet 2018).

^m Produit intérieur brut.

Annexe 2. Options présentées aux États membres pour consultation (février-mars 2018)

Options proposées pour le suivi de la résilience des communautés et la communication de données à ce sujet

1. Sur la base des données probantes examinées dans un rapport du Réseau des bases factuelles en santé (HEN) de l'OMS rédigé à la demande du Bureau régional de l'Europe, trois options se présentent pour procéder au suivi de la résilience des communautés dans la Région européenne de l'OMS et à la communication de données à ce sujet.

- 1^{ère} option. Une option minimale serait de sélectionner 4 à 5 indicateurs de base pour mesurer les dimensions sociales et économiques de la résilience des communautés. Les indicateurs clés pourraient porter sur l'accès aux réseaux sociaux, à l'aide familiale et à la participation citoyenne (domaine social) ainsi que sur les mesures du chômage, de la pauvreté ou de l'insécurité financière (domaine économique). Une autre série de 5 à 6 indicateurs supplémentaires pourrait porter sur la criminalité et la sécurité, l'éducation et les compétences, et la qualité de l'environnement bâti. Les indicateurs seront basés sur des données collectées de manière systématique, afin de ne pas alourdir la charge de travail des États membres en matière de communication de données.
- 2^e option. Une option pragmatique consisterait à combiner l'ensemble minimal de données décrit ci-dessus aux initiatives de mise en place de bonnes pratiques pour la mesure de la résilience sanitaire des communautés. Il sera possible de contribuer à un réseau d'apprentissage débouchant sur la compilation d'un panier d'indicateurs, d'études de cas nationaux et locaux ainsi que d'outils partagés. Par exemple, le rapport du Réseau HEN met en évidence le fait que de nombreuses villes et régions d'Europe ont commencé à s'intéresser particulièrement à la résilience des communautés et à la mesure des vulnérabilités et des atouts dans ce domaine.
- 3^e option. Une option idéale porterait sur un engagement à l'élaboration à long terme d'un cadre de mesure exhaustif pour toutes les dimensions clés de la capacité communautaire : sociale, sanitaire, politique, économique, éducative et environnementale. L'analyse des métadonnées à travers ces dimensions doit être agrémentée d'études de cas qualitatives et participatives pour faciliter la collaboration des communautés confrontées à la marginalisation ou à des niveaux élevés d'adversité. L'élaboration d'un nouveau cadre européen de mesure de la résilience sanitaire des communautés soutiendra les interventions visant à renforcer les communautés conformément à Santé 2020. Cependant, cette option nécessite un investissement important dans un programme de recherche, la collaboration des parties prenantes et une phase expérimentale.

Options proposées pour le suivi de l'autonomisation des communautés et la communication de données à ce sujet

2. Trois options ont été définies sur la base des meilleurs éléments de preuve disponibles. Elles doivent permettre au Bureau régional de renforcer sa capacité de suivi de l'autonomisation des communautés et de communication de données à ce sujet.

- 1^{ère} option. Une option minimale serait de sélectionner 5 à 6 indicateurs de base collectés de manière systématique. Les indicateurs quantitatifs relatifs à l'autonomisation des communautés communément disponibles au niveau national incorporent notamment les données suivantes :
 - le pourcentage de communautés (telles que définies au niveau géographique ou administratif via les « secteurs de recensement ») ayant accès à une route goudronnée fonctionnelle (ou le pourcentage de communautés ayant accès à une infrastructure suffisamment développée) ;
 - le pourcentage de ménages monoparentaux ;
 - le pourcentage de femmes occupant des fonctions politiques ou des postes de direction ;
 - le pourcentage de communautés où tous les membres adultes ont atteint au moins le niveau d'instruction minimum légal requis ;
 - le pourcentage du budget public total transféré aux organismes communautaires ;
 - la densité moyenne des réseaux sociaux, par exemple, le nombre d'organisations non gouvernementales officiellement enregistrées par habitant.
- 2^e option. Une option pragmatique consisterait à s'inspirer de l'approche susmentionnée en ajoutant un ensemble d'indicateurs supplémentaires relatifs à la société civile, notamment l'accès aux réseaux sociaux et les possibilités d'aménagement d'espaces publics par les autorités. En outre, ces données quantitatives seraient agrémentées d'approches qualitatives focalisant sur plusieurs acteurs clés. Par exemple, les groupes de discussion, les entretiens semi-structurés et le recours à d'autres techniques approfondies constitueraient un moyen d'atteindre les populations marginalisées de la société. L'adoption d'une stratégie d'échantillonnage ciblé permettrait d'identifier les participants en choisissant des caractéristiques spécifiques qui déboucheraient sur tout un ensemble de perspectives, sur la base des connaissances et de l'expérience des répondants. Les données qualitatives seraient collectées avec l'aide des centres collaborateurs de l'OMS ou par des chercheurs sous contrat qualifiés pour mener des entretiens aux niveaux individuel et collectif.
- 3^e option. Une option idéale serait de cautionner l'élaboration à long terme d'un cadre global en vue de mesurer l'autonomisation de la communauté, en adoptant une méthodologie mixte. Outre l'approche mentionnée dans l'option pragmatique, l'option idéale consisterait à intégrer la mesure de l'autonomisation sanitaire des communautés dans les cadres de planification de la santé publique des États membres, en faisant le lien avec les interventions qui visent à renforcer les communautés, et en protégeant et en promouvant la santé et le bien-être sur la base de l'acquis existant.

Options proposées pour le suivi du bien-être et la communication de données à ce sujet

3. Sur la base des recommandations des experts, ainsi que des meilleurs éléments de preuve disponibles résumés dans le Rapport HEN susmentionné, il est proposé que le Bureau régional utilise des méthodes narratives pour améliorer sa capacité de suivi du bien-être (et en particulier du bien-être subjectif) et de communication de données à ce sujet.

4. La recherche narrative s'appuiera sur des documents historiques, des sources culturelles (comme la littérature contemporaine, l'art et le cinéma) et la recherche universitaire existante dans le domaine des sciences humaines et sociales en rapport avec la santé pour atteindre les objectifs suivants :

- interpréter et contextualiser les données quantitatives afin de réduire la subjectivité culturelle dans la mesure du bien-être et la communication de données à ce sujet ;
- cerner et préciser les divers contextes culturels servant à la définition du bien-être tel que vécu par des sous-ensembles particuliers de la population ;
- faciliter l'adoption d'approches multidimensionnelles, intersectorielles et culturellement spécifiques pour l'amélioration du bien-être.

5. Un accent particulier sera mis sur l'accès à l'information pertinente provenant de trois types d'études.

- Études historiques : ces études sont particulièrement utiles afin de démontrer l'impact de l'évolution des contextes économiques, politiques et culturels sur le développement et la prestation des services de santé publique.
- Études ethnographiques approfondies : elles prêtent une attention particulière à l'expérience vécue, et peuvent mettre en évidence les facteurs qui améliorent ou fragilisent le bien-être au sein de sous-groupes particuliers de la population.
- Études du patrimoine culturel : l'examen du patrimoine culturel peut fournir des informations importantes sur les normes et les valeurs sociétales qui influencent les choix quotidiens des populations ainsi que les comportements ayant un impact sur leur santé et leur bien-être.

= = =