



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

ECE/CES/2006/4/Add.2
1^{er} février 2006

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

COMMISSION DE STATISTIQUE

CONFÉRENCE DES STATISTICIENS EUROPÉENS

Cinquante-quatrième réunion plénière
Paris, 12-16 juin 2006
Point 4 de l'ordre du jour provisoire

Rapport de la Réunion du Groupe d'experts sur la mesure de l'état de santé,
tenue du 14 au 16 novembre 2005

Note du secrétariat

Cette réunion a été organisée conjointement avec l'Organisation mondiale de la santé et Eurostat.

INTRODUCTION

1. La Réunion commune CEE/OMS/Eurostat sur la mesure de l'état de santé s'est tenue du 14 au 16 novembre 2005 à Budapest (Hongrie). Y ont participé des représentants des pays suivants: Australie, Autriche, Bulgarie, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Mongolie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, République de Moldova, République de Saint-Marin, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Serbie-et-Monténégro, Slovénie, Suisse et Turquie. Les représentants des pays étaient issus des services nationaux de statistique, des ministères de la santé, des instituts de santé publique, et d'autres organismes nationaux s'occupant de santé et de statistiques. La Commission européenne était représentée par Eurostat et aidée par des collègues du Partenariat santé de l'Union européenne. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Bureau international du Travail (BIT) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) étaient également représentés. Trois experts, le premier de l'Université d'Ottawa (Canada), le second de l'Université d'Amsterdam (Pays-Bas), et le troisième du Réseau PROMIS (États-Unis), ont participé à la réunion sur l'invitation du secrétariat.

GE.06-20521 (F) 080306 150306

2. M^{me} Jennifer Madans (États-Unis d'Amérique) a été élue Présidente de la réunion.
3. Les questions de fond énumérées ci-après ont été examinées au cours des différentes parties de la réunion sur la base de 11 communications sollicitées:

Première partie: Contexte, terminologie et portée

Exposés de l'OMS, de l'Australie et des États-Unis

Animateurs: M. Michael Wolfson (Canada), M. Howard Meltzer (Partenariat santé de l'Union européenne/Royaume-Uni) et M. Arpo Aromaa (Finlande).

Deuxième partie: Critères de sélection des domaines et détermination des domaines

Exposés du Canada et du Réseau PROMIS (États-Unis d'Amérique)

Animateurs: M^{me} Sally Goodspeed (Australie) et M^{me} Jeannette Klimont (Autriche)

Troisième partie: Élaboration de questions pour chaque domaine

Exposés du Canada, des États-Unis d'Amérique et de l'Italie

Animateur: M. Ian Mc Dowell (Université d'Ottawa, Canada)

Quatrième partie: Comparabilité internationale

Exposés d'Eurostat et de l'OMS

Animateur: M. Gaetan La Fortune (OCDE)

Cinquième partie: Prochaines étapes et travaux futurs

Exposés des États-Unis d'Amérique, des Pays-Bas et du Canada

Animateur: M. Niels Rasmussen (Partenariat santé de l'Union européenne/Danemark).

4. On trouvera tous les documents et tous les exposés de la réunion sur le site Web de la CEE à l'adresse suivante: <http://www.unece.org/stats/documents/2005.11.health.htm>.

RÉSUMÉ DES DÉBATS ET DES PRINCIPALES CONCLUSIONS DÉGAGÉES LORS DE LA RÉUNION

Première partie: Contexte, terminologie et portée

5. Les participants ont passé en revue les travaux de l'Équipe spéciale de la CEE sur la mesure de l'état de santé. Ils ont souligné la nécessité de bien cerner l'objet de la mesure et son cadre conceptuel, et d'élaborer des définitions dénuées d'ambiguïté. La nécessité de distinguer la description de l'état de santé en lui-même de ses causes déterminantes et répercussions a également été mise en exergue. Un accord général s'est dégagé quant à la nécessité de mesurer l'état de santé, si possible en termes de capacité, en reconnaissant que ce ne serait pas toujours possible ou opportun (par exemple pour le domaine de la douleur/la gêne). Le débat a fait ressortir la nécessité de replacer l'état de santé ressenti et fonctionnel dans un cadre pour la mesure de l'état de santé, tout en reconnaissant que d'autres éléments ou domaines sont importants.

6. Il a été noté qu'on devrait envisager de parvenir à un accord international sur l'élaboration des questions d'enquête en fonction de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

7. L'Équipe spéciale s'est prononcée clairement en faveur de la formulation des questions en termes de capacité. Il a été mentionné qu'on ne pourrait pas toujours faire la distinction, à des fins statistiques, entre la capacité et l'exécution (effective) pour mesurer l'état de santé, même si cette différence était claire sur le plan conceptuel. Eurostat a adopté une approche légèrement différente pour tenter de répondre à la question «L'individu A est-il plus handicapé que l'individu B?» et s'est concentré sur les difficultés durables en termes de capacité, tout en prenant en compte les difficultés d'exécution des tâches de la vie quotidienne (ADL-IADL). Les choix et la volonté individuels expliquent en partie les contrastes entre la capacité et l'exécution. La manière dont les données seront exploitées et interprétées est un facteur important pour décider du mode de conception de l'instrument de mesure. Les données sur l'état de santé n'auraient peut-être guère d'utilité pratique en l'absence de systèmes pour modifier les politiques sur la base des données. Il a également été souligné que les données produites par les instruments de cette nature doivent être utiles aux fins de la planification des politiques et avoir une importance pratique. Des informations complémentaires pourraient être fournies par les enquêtes d'examen de la santé qu'il faudrait aussi envisager d'entreprendre.

8. Pour savoir quels domaines il convient de prendre en compte et comment formuler les questions, on doit s'appuyer sur des données empiriques. Cela vaut également pour la formulation des questions qui visent à déterminer si la personne fonctionne avec ou sans assistance, auxiliaires (y compris les médicaments) et mesures d'aménagement. La nécessité de coordonner les différents flux d'activité en cours au niveau international, notamment les travaux consacrés par Eurostat et le Groupe de Washington à la mise au point d'un module de l'état de santé, a également été mise en évidence.

9. Au cours du débat, les difficultés que pose l'établissement de comparaisons internationales ont été réaffirmées. Les tiraillements qui existent entre la nécessité de poursuivre les efforts de collecte de données en cours dans chaque pays et le souhait de comparabilité ont été reconnus. Néanmoins, il va falloir de toute évidence passer de résultats qui sont essentiellement fondés sur la mortalité à des résultats s'appuyant sur d'autres critères. Le processus actuel doit permettre d'établir des liens avec d'autres efforts en cours comme ceux du réseau PROMIS pour les banques d'items relatives aux populations cliniques, ceux du Groupe de Washington et Euro HIS.

Deuxième partie: Critères de sélection des domaines et détermination des domaines

10. Sur la base de la présentation des critères établis par l'Équipe spéciale, les participants se sont concentrés sur un certain nombre de questions relatives au choix des domaines:

a) La nécessité d'évaluer par le biais d'un exercice expérimental la manière dont les critères correspondent aux choix qui ont été faits, notamment en évaluant les rapports entre les résultats de la mesure de l'état de santé en fonction de la catégorie socioéconomique, du vieillissement et d'autres critères déterminants pour la santé;

b) L'utilité des critères de sélection des domaines pour lesquels il est possible d'obtenir des données suffisantes pour une part importante de la population.

11. Les autres points abordés lors du débat général étaient les suivants:

a) Le fait que l'objet de la mesure détermine le choix des domaines ainsi que les éléments à considérer à l'intérieur du domaine (par exemple, l'importance qui doit être donnée au fonctionnement et à la mobilité des membres supérieurs dans le cas de la population en âge de travailler);

b) La nécessité de prendre en compte un plus grand nombre plutôt qu'un moins grand nombre de domaines pour lesquels les questions devraient être testées;

c) La possibilité ou le besoin d'assurer la convergence dans le temps en ce qui concerne les domaines retenus dans le cadre des différents processus: le Groupe de Washington, le module européen sur l'état de santé (EHSM – European Health Status Module), la réunion CEE/OMS/Eurostat;

d) Les possibilités d'utiliser les données communiquées par les patients eux-mêmes (par exemple, le réseau PROMIS des États-Unis et l'expérience des Pays-Bas) pour les enquêtes démographiques par entrevue;

e) La question de savoir si oui ou non «la douleur» et «la vitalité/la fatigue» devraient demeurer des domaines distincts pour la mesure de l'état de santé;

f) Les données communiquées par les patients indiquant que certains aspects – tels que le «dysfonctionnement sexuel» et le «besoin d'assistance» – «tombent» en dehors des domaines répertoriés; et

g) L'utilisation de la théorie de la réponse d'item qui a été proposée pour sélectionner les éléments à prendre en considération dans les différents domaines et l'existence de banques d'items (aux États-Unis et aux Pays-Bas) pour la mesure des résultats cliniques.

Troisième partie: Élaboration de questions pour chaque domaine

12. Les participants ont passé en revue les travaux entrepris par l'Équipe spéciale en vue de mettre au point des questions de base pour chacun des domaines sélectionnés. Ils ont examiné des aspects généraux relatifs à la mise au point des questions, ainsi que des aspects particuliers se rapportant à chaque domaine. L'expérience du réseau PROMIS des États-Unis a alimenté le débat en procurant des renseignements utiles sur leur expérience dans le choix des domaines et la mise au point des questions. L'analyse des données et les essais réalisés par PROMIS pourraient apporter une contribution utile aux travaux de l'Équipe spéciale consacrés à l'élaboration définitive du projet de questions. Les aspects suivants ont été traités pour déterminer comment mettre au point un ensemble complet et cohérent de questions en vue de mesurer l'état de santé.

Aspects généraux

a) Sélectionner des exemples de questions se rapportant aux différents domaines non seulement à partir des modules internationaux/supranationaux (tels que celui du Groupe de Washington et le module européen sur l'état de santé – EHSM), mais aussi à partir de l'expérience considérable tirée des enquêtes nationales par entrevue sur la santé;

- b) Donner des explications sur la manière dont cet ensemble de questions se rapporte à d'autres processus tels que la mise au point d'un module sur les handicaps dans le cadre du Groupe de Washington et de l'EHSM. Des efforts pourraient également être consentis pour assurer au maximum la cohérence entre ces trois processus;
 - c) Inclure des critères de choix des domaines et des questions pour s'assurer que les questions répertoriées puissent décrire chaque domaine à l'aide d'un petit ensemble de catégories ordonnées descriptives;
 - d) Envisager d'élaborer un préambule pour le module et/ou chaque domaine/question;
 - e) Comme les projets de question ont été mis au point séparément pour chacun des domaines retenus, il est maintenant nécessaire de revoir l'ensemble en vue d'améliorer la cohérence entre les différents domaines et de concevoir le module comme un «tout»;
 - f) Pour assurer la comparabilité des définitions et des approches utilisées pour mesurer l'état de santé, des instructions pourraient également être élaborées à l'intention des enquêteurs;
 - g) Préciser la durée totale du module complet. Certaines indications ont été données pour un module de trois à quatre minutes (N. B. – cette phrase supprimée ne figurait pas dans mes notes; en outre, le nombre de questions n'est pas clair, car certaines questions se composent de plusieurs parties).
13. Il a également été suggéré d'élaborer des instructions pour normaliser la formulation des questions dans chaque domaine de l'état de santé. Ces instructions devraient néanmoins préciser que, dans certains domaines, il peut ne pas s'avérer possible ou raisonnable de les suivre à la lettre. Les instructions pourraient s'appliquer aux éléments ci-après:
- a) L'inclusion ou non de l'utilisation de dispositifs d'assistance et de médicaments;
 - b) L'unidimensionnalité des questions. C'est un critère qu'il est parfois difficile de respecter et il devrait être considéré comme une approche souhaitable pour assurer la clarté du concept;
 - c) Le nombre de catégories de réponse. Le réseau PROMIS compte quelques résultats empiriques qui pourraient aider à atteindre un nombre type de catégories; cinq a été généralement considéré comme un nombre possible optimal;
 - d) Le calendrier. On trouve dans le réseau PROMIS quelques résultats empiriques indiquant que les réponses des enquêtés diffèrent selon le moment de l'enquête;
 - e) L'utilisation ou non de filtres;
 - f) La nature de l'aspect qui devrait être mesuré: l'intensité, la fréquence, la durée, l'interférence, la qualité ou le siège.
14. Le réseau PROMIS a décidé de continuer à partager les protocoles et d'autres documents pertinents à mesure qu'ils deviennent disponibles. En outre, les éléments (items) retenus par l'Équipe spéciale de la CEE peuvent être inclus dans les entrevues cognitives de PROMIS, la

collecte de données (prévue en avril 2006) et les analyses de données. Les groupes se tiendront mutuellement informés de l'évolution future et coordonneront leurs efforts s'il y a lieu.

Mobilité

- a) Examiner le libellé actuel de même que les catégories de réponse;
- b) Selon le principe de parcimonie, envisager de réduire le nombre d'éléments considérés dans ce domaine.

Dextérité

- a) Dans la population prise dans son ensemble, les problèmes de dextérité ne sont pas très répandus, mais il peut s'agir d'un domaine plus pertinent pour les catégories d'âge plus avancées. Il pourrait s'avérer nécessaire de réexaminer les raisons et la pertinence de l'inclusion de ce domaine dans un ensemble limité de questions;
- b) Faire en sorte que l'approche suivie et l'utilisation d'objectifs précis soient pertinentes au plan culturel;
- c) Examiner la pertinence des deux questions suggérées; la seconde question pourrait être remplacée par une question plus générale se rapportant, par exemple, à la capacité d'atteindre un objet et non pas uniquement à l'usage des mains;
- d) Étudier attentivement la valeur ajoutée qu'apporterait une seconde question et sa pertinence, compte tenu du principe de parcimonie.

Vitalité/fatigue

- a) La fatigue est un domaine difficile à mesurer car il s'agit plutôt d'une notion culturelle que d'un aspect sanitaire. Il conviendrait d'examiner la définition de ce domaine et d'envisager de se fonder sur la durée et la qualité du sommeil plutôt que sur la fatigue;
- b) Selon le principe de parcimonie, on pourrait envisager de n'inclure qu'une seule question au lieu de deux. Les tests de l'EHSM pourraient fournir les informations pertinentes à cet égard.

Affect

- a) Une analyse plus approfondie est nécessaire s'agissant des questions relatives au bonheur (affect positif). Entre les deux aspects de ce domaine, la dépression (affect négatif) revêt plus d'importance lorsqu'on étudie la baisse de l'état de santé. Toutefois, l'association entre dépression et bonheur est sujette à différentes interprétations, et la dépression ne se substitue pas nécessairement à la tristesse;
- b) Les deux aspects pourraient aussi être formulés négativement dans les questions;

c) Les participants ont également cherché à déterminer si l'anxiété et la dépression devraient être regroupées dans un seul domaine comme c'est actuellement le cas dans des instruments existants tels que le SF-36.

Anxiété

a) Éliminer les références aux médicaments;

b) Selon le principe de parcimonie, évaluer la nécessité de poser différentes questions pour mesurer l'intensité et la fréquence. Envisager de justifier la nécessité de tenir compte à la fois de l'intensité et de la fréquence et étudier la possibilité de regrouper l'intensité et la fréquence dans une seule question comportant différentes catégories de réponse. Pour les états chroniques, l'intensité pourrait être une meilleure mesure tandis que, pour d'autres états, la fréquence est préférable;

c) Envisager de formuler les questions dans un langage plus courant. Éviter les termes abstraits et techniques. Des libellés tels que: «Combien de fois vous êtes-vous senti soucieux...?» pourraient être plus simple.

Douleur

a) Une analyse plus approfondie est nécessaire pour comprendre ce qu'il est important de mesurer: intensité, fréquence et siège de la douleur? Il s'est avéré que le siège de la douleur semble être moins essentiel pour traduire la charge de douleur tandis que la fréquence semble être un facteur très important même si la pertinence de l'intensité et de la fréquence varie selon la nature de l'état;

b) Toutes les questions se rapportent uniquement à la douleur et non pas à la gêne;

c) Même s'il s'est avéré que les questions relatives à l'interférence couvraient en grande partie le domaine de la douleur, ce n'est pas la notion de sensation «à fleur de peau» que l'on veut mesurer mais plutôt celle de répercussion;

d) Il faudrait envisager de déterminer s'il est possible de regrouper l'intensité et la fréquence en une seule question.

Ouïe

a) On pourrait indiquer plus clairement pourquoi on fait une distinction entre la conversation d'une ou de plusieurs personnes. S'il s'agit de mesurer l'ouïe dans une situation caractérisée par un bruit de fond en ce sens que plusieurs personnes parlent en même temps, il convient de revoir les questions;

b) L'introduction d'une échelle de catégories de réponse pourrait être envisagée;

c) Un examen plus approfondi est nécessaire pour envisager d'inclure les appareils auditifs dans les questions.

Vue

- On pourrait examiner de plus près quel est le traitement statistique à appliquer au port des lunettes.

Relations sociales

- a) De l'avis général, il s'agit d'un domaine important;
- b) Il convient de débattre plus en détail de la pertinence et de la possibilité de prise en compte de ce domaine. Sur le plan conceptuel, il peut s'avérer difficile de traduire la capacité à nouer des relations sociales dans la définition de la santé dans les divers pays. Il faut faire montre de prudence lorsqu'on envisage la possibilité de mesurer cette capacité à l'aide du HIS. On ne sait pas exactement si une personne est en mesure de rendre compte elle-même de sa capacité de nouer des relations sociales;
- c) Si ce domaine est pris en compte, il faut envisager de cerner de plus près le concept que l'on veut mesurer et le définir clairement;
- d) Il importe de dissocier communication et relations.

Cognition

- a) L'aspect de la mémoire semble être le plus difficile à mesurer. En particulier, la formulation actuelle de la question ne permet pas de distinguer facilement ce qu'une personne pense qu'elle oublie de sa capacité réelle à se souvenir;
- b) Il est également difficile de définir une mesure qui fonctionne également bien pour les différentes tranches d'âge.

Quatrième et cinquième parties: comparabilité internationale, prochaines étapes et travaux futurs

15. Le débat s'est concentré sur la question de la comparabilité à la fois entre les sous-populations et dans le temps au sein de populations données et d'un pays à l'autre, ce dont les organismes nationaux et internationaux de statistique ne peuvent pas faire abstraction. Des questions ont été posées en ce qui concerne la qualité des données existantes communiquées par les intéressés eux-mêmes. Dans ce contexte, l'accent a été mis sur la nécessité de mettre au point des instruments d'enquête normalisés bien conçus qui soient cohérents dans les différentes langues lorsqu'on utilise des catégories de réponse sans ancrage.

16. Il a été reconnu qu'une conceptualisation appropriée, l'élaboration/la sélection et la traduction ultérieure aussi bien des catégories de questions que de réponses ne peuvent pas garantir que les réponses de populations à peu près semblables de divers pays soient équivalentes. Toutefois, les autres méthodes, telles que les «vignettes^{*}» utilisées dans les enquêtes de l'OMS et les techniques d'harmonisation a posteriori, par exemple la théorie de la réponse d'item, ont également été présentées. On s'est interrogé sur la comparabilité

^{*} NDT: Une vignette est une description d'un niveau d'aptitude pour un domaine donné.

des niveaux fixes dont faisaient état les vignettes lorsqu'on les traduisait dans les différentes langues. Certains participants ont plaidé en faveur de l'utilisation de tests prévoyant une gamme d'étalonnage externe plutôt que de vignettes, ce qui soulevait une deuxième série de problèmes concernant la traduction et l'autodéclaration.

17. On s'est longuement demandé si la méthode des vignettes éliminerait les différences interculturelles valables en matière d'expérience subjective des états de santé. Une analyse des données notifiées par les intéressés eux-mêmes dans les différents domaines de la santé en Suède et en Italie a montré que, s'il existait entre les deux pays des différences très importantes dans les résultats autonotifiés par catégorie, ces différences étaient dues principalement aux distinctions systématiques dans la façon dont les catégories de réponse étaient utilisées. L'OMS a répondu que les vignettes ne traitaient pas les questions de perception ou de subjectivité dans les réponses mais abordaient plutôt l'utilisation différentielle des catégories de réponse pour le même niveau de l'élément mesuré (que cet élément soit objectif, perçu ou subjectif).

18. Il a été signalé que les vignettes étaient tout aussi sujettes aux erreurs de mesure que les données sur la santé communiquées par les intéressés, et que l'on y trouverait des variations et biais individuels. Toutefois, on a également fait valoir que, tant que le signal n'est pas masqué par le bruit, les vignettes fournissent des renseignements utiles grâce auxquels on peut améliorer la comparabilité des données autodéclarées sur la santé. Dans certains cas, les vignettes permettent de repérer les différences importantes entre des groupes qui, dans d'autres circonstances, sont dissimulées par les effets des variations du point de coupe.

19. Il a été signalé que la théorie de l'information peut servir à sélectionner des questions ou des questionnaires entiers ayant le contenu en information le plus élevé, ce qui peut accroître l'efficacité de la sélection des domaines/questions.

20. Pour assurer la comparabilité entre les pays, il importe de traduire les concepts des modules d'enquête dans les différents pays. L'expérience d'Eurostat quant à la mise au point d'un protocole de traduction a été présentée. Pour assurer la comparabilité entre les versions nationales de l'enquête sur la santé d'Eurostat, le protocole comporte des cartes de traduction conceptuelle pour chaque partie du module qui ont été élaborées en vue d'aider les traducteurs à comprendre et traduire les concepts sous-jacents en matière de santé.

21. Le débat a fait ressortir l'importance de l'inclusion d'essais cognitifs (également appelés comptes rendus) et des informations détaillées sur les méthodes ont été présentées. L'emploi de méthodes types lors de la réalisation d'essais cognitifs assure un degré de normalisation plus poussé d'un site d'essai à l'autre et aide à bien comprendre comment les mécanismes de réponse fonctionnent dans les différents pays.

Recommandations générales

22. D'ici la prochaine réunion, les documents devraient être élaborés avant la date de la réunion et distribués aux participants en donnant à ces derniers suffisamment de temps pour examiner les documents.

23. Pour plus de facilité et à des fins d'identification, il a été recommandé de baptiser les travaux actuels de la CEE, de l'OMS et d'Eurostat «Initiative de Budapest».

ACTIVITÉS FUTURES

24. Les participants ont reconnu l'ampleur et la qualité des travaux menés par l'Équipe spéciale et le Groupe directeur et ont proposé que les deux groupes poursuivent leurs activités sur la base de leur composition actuelle. Les pays qui aimeraient s'associer à l'un des deux groupes ou aux deux peuvent faire part de leurs disponibilités à la CEE au plus tard deux semaines à partir de la fin de la réunion.

25. Sous la coordination du Groupe directeur, l'Équipe spéciale est priée de:

a) Développer ses relations avec les autres groupes qui travaillent sur des modules d'enquête relatifs à l'état de santé (en particulier le Groupe de Washington, l'OMS et Eurostat);

b) Prendre en considération les travaux du réseau US PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) et collaborer avec ce dernier;

c) Mettre la dernière main aux documents de travail 1, 2 et 3, en tenant compte des suggestions faites par les participants et résumées dans les sections du présent rapport consacrées aux diverses parties de la réunion (mars 2006), en vue de leur incorporation ultérieure dans le document final de l'«Initiative de Budapest»;

d) Se réunir en mars/avril 2006 pour mettre définitivement au point le choix des domaines et rédiger une série de questions, tout en élaborant un plan d'expérimentation que les pays peuvent mettre en œuvre;

e) Coordonner et examiner les tests effectués par des pays membres;

f) Coordonner ses travaux avec ceux d'Eurostat et prendre en considération les résultats des tests européens pour autant que le calendrier de l'analyse de ces résultats le permette;

g) Œuvrer à la mise au point d'un manuel sur la mesure de l'état de santé (mars 2006-décembre 2007).

26. Il est proposé que la prochaine réunion plénière soit organisée en décembre 2006 dans le but de passer en revue les travaux de l'Équipe spéciale relatifs à l'élaboration des questions, d'examiner les résultats des essais disponibles à ce jour, de modifier les questions sur la base du débat et de l'examen, et d'approuver le projet de série révisée de questions.

27. Il est proposé que les travaux de la prochaine réunion soient organisés en même temps que certaines sessions de groupe de travail pour assurer une pleine représentation de tous les participants.

ADOPTION DU RAPPORT

28. Les participants ont adopté le rapport de la réunion à la séance de clôture.
