



Conseil économique et social

Distr. générale
8 décembre 2014
Français
Original : anglais

Commission de statistique

Quarante-sixième session

3-6 mars 2015

Point 4 a) de l'ordre du jour provisoire*

Questions soumises pour information : statistiques de la santé

Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les statistiques sanitaires

Note du Secrétaire général

Conformément à la décision 2014/219 du Conseil économique et social, le Secrétaire général a l'honneur de transmettre le rapport d'activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans le domaine des statistiques de la santé. La surveillance de la situation et des tendances de la santé dans les pays est une fonction essentielle de l'Organisation mondiale de la Santé, comme indiqué dans sa Constitution. Son programme de travail est développé sur la base d'une interaction étroite avec les États membres et souvent associé à une résolution spécifique adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé.

Le rapport soumis à la session de 2013 de la Commission de statistique (E/CN.3/2013/12) décrivait les travaux menés par l'Organisation mondiale de la Santé dans trois domaines : la surveillance des taux et des tendances en matière de santé; l'élaboration et la promotion de normes et d'outils permettant d'obtenir des données sur la santé; le renforcement du travail de suivi et de mesure au niveau national. Le présent rapport présente une brève description des activités réalisées dans ces trois domaines en 2014 et souligne également les progrès accomplis dans trois domaines actuellement prioritaires : les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques vitales, le suivi de la santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015; et la révision de la Classification internationale des maladies (CIM).

La Commission de statistique est invitée à prendre acte de ce rapport.

* E/CN.3/2015/1.



Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les statistiques sanitaires

I. Informations générales actualisées sur les activités liées aux statistiques sanitaires

1. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié des estimations mondiales, régionales et nationales ainsi que des données communiquées par les États membres sur un ensemble d'indicateurs dans son rapport intitulé *Statistiques sanitaires mondiales* à l'occasion de la soixante-septième session de l'Assemblée mondiale de la santé, tenue en 2014. Les six bureaux régionaux de l'OMS ont publié des statistiques actualisées qui alimenteront les travaux des sessions annuelles des comités régionaux de l'Organisation. Par ailleurs, les programmes spécialisés de l'OMS et des organismes partenaires ont publié les dernières estimations des tendances relatives à plusieurs indicateurs clefs dans plusieurs rapports mondiaux, dont ceux sur la tuberculose, sur le paludisme, sur la noyade et sur la prévention du suicide ainsi que dans le rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles.

2. De nouvelles estimations ont été réalisées sur la mortalité infantile (dans le cadre des travaux du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile de l'Organisation des Nations Unies), sur les causes de décès chez les enfants (en coopération avec le Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant) et sur des pathologies spécifiques telles que la tuberculose et le paludisme. Des statistiques sur les dépenses de santé ont été établies pour tous les États membres et publiées dans le rapport *Statistiques sanitaires mondiales* et sur Internet.

3. L'OMS a publié des estimations complètes sur la répartition des décès par cause pour les années 2000 et 2012, ainsi que des statistiques systématiques et présentant une cohérence interne sur la mortalité et la charge de morbidité. Ce travail se fonde sur les travaux des programmes de l'OMS, de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, d'établissements universitaires, comme l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation, ainsi que d'autres acteurs de la collaboration interinstitutions et collaborateurs experts.

4. L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS vise à faciliter l'accès aux données, aux statistiques et aux analyses en matière de santé. C'est une base de données accessible à tous à l'échelle de l'Organisation, qui est en lien étroit avec les bureaux de pays et les bureaux régionaux. Son contenu a été actualisé et généralisé et comprend aujourd'hui plus de 1 000 indicateurs de santé ainsi que 70 ensembles de données téléchargeables depuis le site de l'Observatoire (www.who.int/gho/fr). Les bureaux régionaux de l'OMS ont actualisé et augmenté le volume de statistiques sanitaires et ont souvent ajouté des informations qualitatives spécifiques à chaque pays concernant son système de santé et ses programmes de lutte contre les maladies qui facilitent l'interprétation des statistiques sanitaires.

5. Toutes les estimations relatives à la santé publiées par l'OMS sont soumises à une procédure internationale de validation afin d'en maximiser la cohérence et la qualité. L'OMS utilise un ensemble de critères applicables à ses statistiques officielles qui sont conformes aux Principes fondamentaux de la statistique officielle. Ces critères sont : l'accès public aux éléments de données et aux résultats au niveau des pays, des méthodes reproductibles accessibles au public et soumises à un examen collégial, un mécanisme de groupe d'experts, une vérification de la

cohérence des données sur la mortalité, une consultation des pays avant publication. Cette dernière activité est fondée sur un processus d'interaction de deux à trois mois, au cours desquels l'ensemble des données, méthodes et résultats sont partagés avec l'État membre (par Internet) pour permettre au ministère de la santé de formuler des observations sur les statistiques. Des ateliers de formation ont en outre été organisés dans plusieurs régions.

6. Les données et les statistiques concernant les établissements de santé sont la pierre angulaire des systèmes nationaux d'information sanitaire et permettent de produire des données essentielles sur différents indicateurs tels que la couverture des interventions et la prévalence des maladies. L'OMS a intensifié ses travaux sur les normes et les outils permettant d'obtenir des informations provenant des établissements de santé, y compris l'analyse et l'utilisation des données des établissements de santé aux fins de l'évaluation périodique de la situation sanitaire des pays, l'harmonisation du contenu des systèmes informatiques de présentation de rapports, les outils d'évaluation systématique de la qualité des données et les enquêtes dans les établissements de santé. Ces dernières, appelées enquêtes SARA (Service Availability and Readiness Assessment), qui évaluent la disponibilité et l'état de préparation des services, comprennent désormais des indicateurs clefs et des questions intéressant tous les grands programmes de santé et ont été réalisées dans plus d'une douzaine de pays pour suivre et évaluer les systèmes de santé, souvent dans le cadre d'initiatives sanitaires mondiales comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

7. L'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde est une enquête longitudinale sur des cohortes représentatives sur le plan national de personnes âgées de 50 ans ou plus en Afrique du Sud, en Chine, en Fédération de Russie, au Ghana, en Inde et au Mexique et d'échantillons comparatifs d'adultes plus jeunes (âgés de 18 à 49 ans) dans chaque pays participant. L'objectif est d'étudier les résultats en matière de santé et d'autres liés à la santé et leurs déterminants sur un effectif de plus de 40 000 personnes interrogées. Une deuxième phase de cette enquête a été réalisée en 2014 dans cinq de ces six pays, avec le soutien financier du National Institute on Aging et des National Institutes of Health des États-Unis d'Amérique ainsi que d'institutions locales. En outre, la deuxième phase d'une étude de suivi des personnes âgées touchées par le VIH a été réalisée dans deux villes d'Afrique subsaharienne. Des tests cognitifs ont été menés dans plusieurs langues dans le cadre d'une enquête modèle sur le handicap. Un essai pilote de cette enquête a été effectué au Cambodge et d'autres suivront en 2015 dans plusieurs États membres.

II. Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil

8. Le secteur de la santé alimente et utilise les données générées par les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil. Alors que des statistiques d'état civil fiables et régulières, en particulier sur la mortalité par âge, par sexe et par cause de décès, sont un outil essentiel de santé publique, elles font toujours défaut dans nombre de pays. Ces dernières années, cependant, les secteurs nationaux de la santé ont été beaucoup plus actifs.

Grâce notamment à l'appui catalyseur suscité par la recommandation de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, plus de 25 pays ont effectué une évaluation complète de leur système et élaboré un plan stratégique, et une douzaine d'autres sont en passe de le faire aussi. Ces initiatives nationales ont été soutenues par l'OMS dans le cadre des commissions régionales et ont rassemblé des partenaires mondiaux comme la Division de statistique du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

9. À l'échelle mondiale, des progrès ont été accomplis dans plusieurs domaines. En premier lieu, l'OMS a favorisé et soutenu la mise en place d'un groupe interinstitutions des Nations Unies sur les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil, dénommé Groupe mondial sur les registres et les statistiques de l'état civil, dont le secrétariat est abrité par la Division de statistique. En deuxième lieu, l'OMS a organisé une consultation sur la définition de principes visant à garantir que les investissements sanitaires dans le domaine contribuent à l'élaboration à l'échelle du système de registres et statistiques d'état civil. Cet objectif passe par des innovations en matière de suivi de la santé maternelle, néonatale et infantile, l'enregistrement des décès et la déclaration des causes de décès dans les établissements de santé et les communautés, et l'amélioration des statistiques d'état civil. En troisième lieu, l'OMS a travaillé main dans la main avec la Banque mondiale à l'élaboration du Plan mondial de renforcement de l'investissement dans les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil, qui définit les axes d'amélioration prioritaires¹.

10. En outre, l'OMS a revu et renforcé ses lignes directrices et les outils relatifs aux statistiques de mortalité dans le cadre général du renforcement des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil. Le document en question² souligne les actions à mener en priorité pour améliorer les statistiques sur la mortalité et les causes de décès dans les pays où les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil se trouvent à différents stades d'élaboration. L'amélioration des statistiques de mortalité devrait être au cœur des stratégies et plans d'investissement nationaux.

11. Enfin, il a été mis au point un manuel sur les normes d'autopsie verbale, technique qui consiste à déterminer la cause probable du décès en interrogeant les proches du défunt. L'autopsie verbale est nécessaire pour recueillir des renseignements sur la cause du décès lorsque celle-ci ne peut pas être constatée par un médecin. Tel est généralement le cas des décès à domicile dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Cette nouvelle édition du manuel, qui est beaucoup plus succincte que la version publiée en 2007, a été élaborée en concertation avec de nombreux acteurs. Elle est actuellement expérimentée ou utilisée au Brésil, en Inde et en Indonésie. La cause du décès peut être déterminée à

¹ Voir <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/global-civil-registration-vital-statistics-scaling-up-investment>.

² OMS, « Improving mortality statistics through civil registration and vital statistics systems: guidance for country strategies and partner support », document établi à l'issue d'une réunion technique organisée à Genève les 4 et 5 novembre 2014 (Genève, 2014). Voir http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/CRVS_MortalityStats_Guidance_Nov2014.pdf?ua=1.

partir des résultats du questionnaire d'autopsie verbale soit par le médecin ou soit par des méthodes automatisées.

12. L'OMS entend poursuivre ses travaux dans ce domaine, en mettant l'accent sur l'appui technique et stratégique à apporter aux systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil, en renforçant l'action des commissions régionales, en établissant des liens entre les investissements dans la santé de la femme et de l'enfant et les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, en améliorant les informations sur la mortalité et les causes de décès et en renforçant la capacité des pays de produire des statistiques d'état civil à partir de sources de données multiples.

III. Classifications

13. L'OMS procède actuellement à la révision systématique de la Classification internationale des maladies (CIM) et prévoit que la nouvelle version sera présentée en 2017 et que la première publication mondiale interviendra en 2018.

14. La Classification internationale des maladies est la pierre angulaire des statistiques sanitaires, en particulier des statistiques de mortalité et de morbidité. Au cours des dernières décennies, elle a également été utilisée dans les domaines du diagnostic, de la sécurité et de la qualité des soins, ainsi qu'à des fins administratives. Les 194 États membres de l'OMS se sont engagés à communiquer leurs statistiques en utilisant la CIM, qui offre un langage commun permettant de comparer les informations sanitaires. Conformément aux souhaits des États membres, la onzième révision de la CIM (CIM-11) tient compte des progrès scientifiques enregistrés dans le domaine de la santé depuis 1990. L'objectif est aussi d'associer la classification aux systèmes électroniques d'information sanitaire (utilisation d'une terminologie standard et autres applications informatiques sanitaires), de manière à ce que cette nouvelle version soit directement compatible.

15. Une version bêta de la CIM-11 a été publiée en mai 2012 en vue de recueillir des avis et des propositions supplémentaires et de la tester avant la mise au point de la version définitive. La version bêta de la CIM se présente sous la forme d'un « wiki » qui fait l'objet d'une modération, les propositions étant soumises à un examen collégial systématique. De nombreuses parties intéressées peuvent ainsi s'associer à son élaboration. Cette onzième version de la classification devrait être la plus exhaustive, la plus scientifique et la plus conviviale de toutes (voir www.who.int/classifications/icd11).

16. À la faveur du processus de révision, les nouvelles maladies signalées suite à la découverte de nouveaux gènes et pathogènes peuvent être intégrées à la nouvelle nomenclature. Par ailleurs, la CIM sera totalement numérisée, ce qui permettra aux utilisateurs de naviguer dans l'arborescence comme sur une carte numérique. Ainsi, il sera possible d'utiliser des versions cohérentes de la classification pour diverses applications comme le signalement des décès par autopsie verbale et les statistiques simples sur les soins de santé primaire, la communication de données relatives à la mortalité et à la morbidité clinique à partir par exemple des statistiques hospitalières, ou encore la spécialisation et la recherche dans les domaines cliniques comme l'oncologie, la neurologie, les pathologies rares et la génomique.

17. Le fait nouveau le plus important en 2014 a consisté à mettre au point une version de la CIM-11 assurant la continuité du codage (linéarisation) de la CIM-10. Ce jeu de combinaisons de code, dénommé « Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics » (linéarisation commune des statistiques de mortalité et de morbidité) et qui devrait être l'objet du volume 1 de la CIM-11, comprend quelque 15 000 codes standard, une « table de transcodage » et un « tableau de concordance » harmonisant les nomenclatures des CIM-10 et 11. Le contenu, l'exactitude et la pertinence de ces tableaux d'équivalence sont en cours d'examen. Les problèmes émergents (environ 600 codes) seront examinés dans le cadre d'une réunion qui se tiendra début 2015, à l'issue de laquelle une version test de la CIM-11 sera mise à la disposition des pays durant la phase des essais pilotes.

18. Parmi les innovations de la CIM-11, on peut citer : quelque 4 000 codes plus détaillés proposés par des experts du domaine; un système plus simple de codage (appelé système de postcoordination), qui vise à prévenir « l'explosion » des codes; un renvoi direct aux terminologies normalisées comme la nomenclature systématisée des termes cliniques en médecine (SNOMED-CT); des définitions qui donnent une meilleure idée de ce que recouvrent les codes de manière à faciliter leur utilisation et traduction; des extensions multilingues dans les langues officielles de l'ONU (et d'autres, le cas échéant); un examen scientifique collégial; des protocoles d'essais officiels sur des questions essentielles comme la fiabilité et la pertinence.

19. À l'heure actuelle, pour parachever la version bêta de la CIM-11, il faut encore :

a) Achever la linéarisation commune des statistiques de mortalité et de morbidité et l'analyse de sa stabilité (à savoir la concordance des CIM-10 et 11, qui concerne moins de 2 201 codes sur les 15 710 restants);

b) Créer un index et un outil de codage informatique plus convivial;

c) Finaliser les règles de codage de la morbidité;

d) Assurer l'emploi généralisé de la terminologie SNOMED-CT et autres nomenclatures-types;

e) Parachever la production de codes courts et intermédiaires en blocs linéaires se rapportant aux soins de santé primaires (jeux de combinaisons de codes).

20. En outre, l'OMS a chargé un groupe de consultants indépendants de réaliser un audit externe pour évaluer l'intégralité du processus mené en vue de la onzième révision de la CIM et évaluer la pertinence et l'efficacité des nouvelles fonctionnalités envisagées au regard des besoins des principales parties intéressées au sein des États membres de l'OMS, dont leur utilité du point de vue des statistiques de mortalité et de médecine clinique. Ce rapport d'évaluation devrait être disponible en mars 2015.

IV. La santé dans le programme de développement pour l'après-2015

21. L'OMS s'est activement employée sur de multiples fronts à contribuer à l'élaboration du volet santé du programme de développement pour l'après-2015.

Le 24 mai 2014, par la résolution WHA67.14 adoptée à sa soixante-septième session, l'Assemblée mondiale de la santé a réaffirmé l'importance de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015. Dans cette résolution, l'Assemblée a demandé instamment aux États membres de réaffirmer leur détermination à atteindre les cibles et objectifs convenus en matière de santé et la nécessité d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Elle a également exhorté les États membres à inscrire dans le programme de développement pour l'après-2015 la nécessité de répondre au problème nouveau posé par les maladies non transmissibles et de continuer à œuvrer pour la sécurité sanitaire mondiale. Dans cette résolution, l'Assemblée mondiale de la santé a fait de la couverture sanitaire universelle un principe essentiel du programme de développement pour l'après-2015.

22. Ces dernières années, le secrétariat de l'OMS a coopéré avec des partenaires internationaux et les États membres afin de définir de nouveaux objectifs en matière de santé à l'horizon 2030, dont certains ont été approuvés par les organes directeurs. Ces objectifs se répartissent en quatre groupes :

a) Amélioration de la santé de la procréation et de la santé maternelle et infantile et réduction de la charge de morbidité imputable aux maladies transmissibles (réalisation et dépassement des objectifs du Millénaire pour le développement) : par exemple, réduction de 80 % du taux d'incidence de la tuberculose et de 90 % du nombre de décès dus à la tuberculose;

b) Réduction de la charge de morbidité imputable à des maladies non transmissibles, à des blessures et à des maladies mentales : réduction d'un tiers de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète, et aux maladies respiratoires chroniques (chez les personnes âgées de 30 à 70 ans);

c) Réalisation de la couverture sanitaire universelle et protection contre les risques financiers : veiller à ce que nul ne bascule dans la pauvreté ou ne s'appauvrisse en raison de dépenses directes de santé;

d) Lutte contre les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Cet ensemble de cibles s'intègre bien à l'objectif et aux sous-objectifs liés à la santé que le Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable a proposés à l'Assemblée générale.

23. En 2014, à l'issue de vastes consultations menées auprès des partenaires et du grand public et à la suite de 15 études de cas-pays réalisées par des chercheurs nationaux, l'OMS et la Banque mondiale ont élaboré un nouveau cadre mondial de suivi des progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle. Ce cadre est assorti de plusieurs indicateurs qui permettent de mesurer la couverture des soins de première nécessité et la protection contre le risque financier lié à l'accès aux soins de santé, ventilés par situation socioéconomique, lieu de résidence et sexe, lorsque c'est possible et pertinent. Un groupe d'indicateurs et de cibles essentiels par pays devrait être fondé sur le profil démographique et épidémiologique, le système de santé, le niveau de développement socioéconomique et les besoins et attentes de la population, et comprendre, au minimum, le petit nombre d'indicateurs recommandés au niveau international. Le suivi de la couverture sanitaire universelle devrait être pleinement intégré aux procédures d'évaluation périodique des progrès accomplis dans le domaine de la santé et de la performance sanitaire mises en place par la plupart des pays.

24. Partenaires internationaux, universitaires et autres acteurs travaillent actuellement à l'élaboration d'une feuille de route détaillée en matière de mesure de la santé et de responsabilité dans l'après-2015, à partir des enseignements tirés de l'expérience des objectifs du Millénaire pour le développement. Dans ce cadre, plusieurs réunions techniques ont déjà été organisées sur des thèmes comme l'harmonisation des modules d'enquête utilisés dans le cadre des enquêtes sur la santé des ménages, les indicateurs de résultat de haut niveau (comme la mortalité prématurée et l'espérance de vie en bonne santé), les indicateurs spécifiques à chaque sous-objectif (comme la mortalité maternelle), la responsabilité en matière de santé de la femme et de l'enfant, et les statistiques de mortalité.

25. En outre, les dirigeants de 19 institutions de la santé du monde entier ont approuvé une liste de références contenant 100 indicateurs clefs de santé afin d'alléger le fardeau que fait peser sur les États la communication des informations, d'améliorer la qualité des données et de faire en sorte que les investissements contribuent davantage au renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire. Cette liste a suscité un élan de mesures visant à rationaliser davantage la collecte de données dans le cadre des enquêtes sur les ménages et des systèmes d'information des établissements de santé. Une feuille de route exhaustive et commune concernant la mesure de la santé et la responsabilité en matière de résultats de santé pour l'après-2015 sera établie au début de 2015.
