



Conseil économique et social

Distr. générale
18 décembre 2012
Français
Original : anglais

Commission de statistique

Quarante-quatrième session

26 février-1^{er} mars 2013

Point 3 k) de l'ordre du jour provisoire*

**Questions soumises à la Commission pour examen
et décision : statistiques sanitaires**

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

Note du Secrétaire Général

En réponse à une requête formulée par la Commission de statistique au cours de sa quarante-troisième session (voir E/2012/24, chap. I.A), le Secrétaire général a l'honneur de transmettre le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les statistiques sanitaires, qui résume ses activités dans le domaine des statistiques sanitaires. La surveillance de la situation et des tendances de la santé dans les pays est une fonction essentielle de l'OMS. Son programme de travail est développé sur la base d'une interaction étroite avec les États membres de l'OMS et souvent associé à une résolution spécifique adoptée au sein de l'Assemblée mondiale de la Santé. Dans le rapport, l'OMS décrit ses travaux 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; et le renforcement du suivi et des mesures prises au niveau national. En conclusion, le rapport dresse une liste brève de points à soumettre à l'examen de la Commission.

* E/CN.3/2013/1



I. Surveillance des taux et des tendances en matière de santé

1. L'Observatoire mondial de la santé regroupe les travaux réalisés au siège de l'OMS sur la surveillance des taux et des tendances en matière de santé, en accordant une attention particulière au thème de l'équité. En outre, les six bureaux régionaux de l'OMS maintiennent des observatoires régionaux de la santé dont les indicateurs sont sélectionnés en consultation avec les États membres respectifs. La présente section décrit les différentes composantes de l'Observatoire mondial de la santé, en mettant notamment l'accent sur les activités du siège.

A. Collecte et compilation des données sur la santé

2. L'OMS collecte, analyse et synthétise une grande quantité de données sur les situations et les tendances mondiales de la santé. Ces données sont collectées par différents départements qui travaillent sur des maladies, des facteurs de risque et des systèmes de santé particuliers et sont conservées dans de nombreuses bases de données distinctes. Ces dernières années, le Département des statistiques sanitaires et des systèmes d'information accorde une importance considérable à la production régulière d'estimations systématiques et cohérentes sur le plan interne concernant la mortalité, l'incidence, la prévalence, la charge de morbidité, l'exposition aux facteurs de risque et les résultats attribuables. En parallèle, l'effort et la demande d'harmonisation avec d'autres institutions des Nations Unies et organismes internationaux se sont intensifiés par le biais de groupes interinstitutions.

B. Causes de décès

3. L'OMS a entrepris plusieurs mises à jour successives des estimations de la mortalité par cause, âge, sexe au niveau des pays pour les années 2000, 2001, 2002, 2004 et 2008. En 2010, l'OMS et Child Health Epidemiology Reference Group ont préparé des estimations des décès par cause pour les enfants de moins de 5 ans pour les années 2000-2010. En raison de la demande croissante pour les séries temporelles et de l'attention accrue accordée à la surveillance et à la responsabilisation (objectifs du Millénaire pour le développement, maladies non transmissibles et autres priorités en matière de santé), l'OMS évolue actuellement vers un cycle de révision de deux ans des estimations complètes des tendances de décès par cause. Les tendances au niveau régional seront publiées début 2013, et des travaux supplémentaires seront entrepris en 2013 en vue de la publication d'estimations au niveau des pays. Ils s'appuieront notamment sur le travail des programmes de l'OMS, de la Division de la population et d'autres collaborations interinstitutions et avec des experts.

C. Statistiques du financement de la santé

4. Le financement de la santé s'intéresse à la façon dont les ressources financières sont générées, allouées et utilisées dans les systèmes de santé. Le Département des statistiques de la santé et des systèmes d'information maintient la base de données des dépenses de santé mondiales depuis plus d'une dizaine

d'années. Elle fournit des chiffres comparables sur le plan international sur les dépenses de santé nationales. L'OMS met à jour les données chaque année, en recueillant, en ajustant et en estimant les chiffres, en se basant sur les rapports accessibles au public (rapport des comptes nationaux de la santé, rapports des Ministères des finances, des banques centrales, des bureaux de statistique nationaux, informations sur les dépenses publiques, rapports de la Banque mondiale, du Fonds monétaire international, etc.). Bien que les estimations soient envoyées aux Ministères de la santé pour être validées avant publication, les utilisateurs doivent noter que les données des pays peuvent toujours varier en termes de définitions, de méthodes de collecte des données, de couverture de la population et de méthodes d'estimation utilisées. Cette base de données est la source des tableaux des dépenses de santé dans le Rapport sur les statistiques de la santé mondiale et l'Observatoire mondial de la santé.

D. Plateforme de diffusion

5. En raison des exigences accrues de transparence et de responsabilisation aux niveaux mondial et national, l'OMS a mis en place l'Observatoire mondial de la santé afin d'améliorer l'accès aux données, aux statistiques et aux analyses en matière de santé. L'Observatoire est une ressource à l'échelle de l'organisation qui entretient des rapports étroits avec les bureaux de pays et les bureaux régionaux. Il a pour vocation d'améliorer l'efficacité, la qualité et la transparence du travail de l'OMS en ce qui concerne la surveillance et l'analyse de la situation et des tendances des priorités de santé mondiales (les objectifs du Millénaire pour le développement, la mortalité et la charge de morbidité, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et les facteurs de risque, les systèmes de santé, l'équité en matière de santé, la santé environnementale, la violence et les traumatismes, et l'utilisation de substances). Plus de 900 indicateurs et plus de 60 ensembles de données peuvent être téléchargés sur le site de l'Observatoire, ainsi qu'un éventail considérable de rapports statistiques de l'OMS, cartes, profils de pays et informations liées¹.

6. Les statistiques sanitaires mondiale sont publiées chaque année au moment de l'Assemblée mondiale de la Santé et contiennent une large gamme de statistiques sanitaires concernant la mortalité, les causes de décès, la morbidité, la couverture des interventions, les facteurs de risque et l'équité en matière de santé. Elles comprennent également une mise à jour annuelle des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en réponse à une requête des États membres de l'OMS.

E. Estimations sur la santé mondiale

7. Les programmes spécifiques de l'OMS et les institutions collaboratrices collectent des informations et des données auprès des États membres de l'OMS et publient régulièrement des estimations mises à jour des tendances des principaux indicateurs relevant de leur domaine. Parmi les exemples figurent le Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, le Rapport sur le paludisme dans le monde, les rapports épidémiologiques du Programme commun des Nations Unies

¹ Disponibles sur www.who.int/gho/fr/.

sur le VIH/sida ou les mises à jour successives des estimations GLOBOCAN du Centre international de recherche sur le cancer. L'OMS prépare les estimations mises à jour des tableaux de mortalité et des décès (toutes causes confondues) par âge, sexe et année de ses États membres en fonction d'un cycle de révision de deux ans, en s'appuyant également sur le travail de la Division de la population.

8. Les estimations sanitaires mondiales sont préparées et publiées dans l'Observatoire mondial de la santé selon un cycle de révision de deux ans, en s'appuyant sur le travail statistique spécifique des programmes et sur celui des institutions collaboratrices et des groupes d'experts. Les estimations comprennent un ensemble complet de causes de maladies et de traumatismes, ainsi qu'une sélection des risques sanitaires majeurs et leurs déterminants.

F. Processus d'habilitation des estimations

9. Le Département des statistiques de la santé et des systèmes d'information mène un processus d'habilitation statistique de toutes les affirmations faites officiellement par le siège de l'OMS concernant les estimations au niveau de la population (pays, régional, mondial) des indicateurs de santé (par exemple, mortalité, incidence, prévalence, charge de morbidité, etc.), les déterminants de la santé (par exemple, prévalence des facteurs de risque, distribution, etc.), la couverture des interventions, les coûts, l'effectivité, la rentabilité, ainsi que le financement des systèmes de santé et leur efficacité.

10. L'objectif de l'habilitation statistique est de maximiser la cohérence et la qualité des statistiques publiées par l'OMS, qui utilise un ensemble de critères applicables à ses statistiques officielles conformes aux principes généraux des statistiques. Ces critères comprennent l'accès public aux éléments de données et aux résultats au niveau des pays, des méthodes reproductibles accessibles par le public et soumises à l'examen des pairs, des mécanismes de groupes d'experts, une vérification de la cohérence des données sur la mortalité ainsi qu'une consultation des pays avant publication. Ce dernier élément est fondé 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 (sur le Web) pour être soumis aux avis et commentaires des Ministères de la santé.

G. Collaboration avec d'autres institutions et groupes d'experts de l'ONU

11. Le rôle d'organe de suivi mondial de l'OMS n'est jamais mieux illustré que lorsque les programmes investissent dans leurs capacités internes et mobilisent les meilleurs experts du secteur en associant des établissements universitaires et des partenaires pertinents, et en développant des groupes de collaboration interinstitutions. Des groupes d'experts disposant de ressources relativement importantes comme le Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant et le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections – le Groupe de référence de l'épidémiologie – constituent de bons exemples. L'OMS participe à des collaborations interinstitutions fructueuses pour la mise à jour régulière des statistiques du sida (avec l'ONUSIDA), la mortalité infantile (le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la

mortalité juvénile et le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle) et développe des relations de travail plus étroites avec la Division de la population des Nations Unies concernant la mortalité toutes causes confondues.

II. Élaboration et promotion de normes et d'outils permettant d'obtenir des données sur la santé

A. Classifications

12. L'OMS est en train de procéder à une révision de la Classification internationale des maladies (CIM), à paraître en 2015. La Classification internationale des maladies constitue le fondement des statistiques sanitaires. Tous les États membres de l'OMS se sont engagés à fournir leurs statistiques sur la mortalité et les événements de morbidité à l'OMS en se basant sur la classification, qui offre un langage commun pour les statistiques comparables.

13. Une version bêta de la 11^e version de la CIM (CIM-11) a été publiée en mai 2011 afin de rassembler les commentaires et les propositions additionnelles, et de mener des essais sur le terrain avant la finalisation de la révision. La version bêta de la CIM est présentée sur une plateforme structurée modérée de type wiki, dont les propositions sont systématiquement examinées par des pairs. De cette manière, le processus est ouvert aux interventions de nombreuses parties prenantes. Il devrait ainsi donner lieu à une classification plus complète, plus scientifique et plus conviviale que jamais. Elle peut être consultée sur Navigateur CIM-11

14. Le processus de révision permet l'intégration de nouvelles maladies signalées grâce à des gènes et des microbes récemment découverts. Par ailleurs, la classification est en train d'être entièrement numérisée, ce qui permet aux utilisateurs de zoomer en avant et en arrière de sa structure, à la manière de « Google Maps ». Nous pouvons ainsi disposer de versions cohérentes de la CIM utilisables pour le reporting succinct de la mortalité par le biais de l'autopsie verbale ou la recherche détaillée sur la génomique.

15. L'intégration des maladies des médecines traditionnelles constitue un autre aspect important de la révision de la CIM. Dans de nombreuses régions du monde, la médecine traditionnelle, bien qu'elle soit pratiquée, n'est pas intégrée aux systèmes d'information sur la santé. Dans le premier module, les maladies des médecines traditionnelles généralement utilisées dans les médecines chinoise, coréenne et japonaise sont classifiées comme des désordres et des troubles. L'intégration des maladies des médecines traditionnelles ne constitue pas nécessairement une approbation mais offre plutôt des outils standard pour procéder à leur évaluation en termes de forme, de fréquence et de coûts. Des classifications correspondantes seront utilisées pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des interventions de médecines traditionnelles.

16. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) constitue un cadre pour organiser et documenter les informations relatives au fonctionnement et au handicap, publié par l'OMS en 2001. Elle propose un langage standard et une base conceptuelle pour la définition et la mesure, ainsi que les classifications et les codes correspondants. Elle intègre les principaux modèles de

handicap, à la fois le modèle médical et le modèle social. Elle reconnaît le rôle de l'impact des troubles de la santé et des facteurs environnementaux dans la création du handicap.

17. La CIF conceptualise le fonctionnement et le handicap dans le contexte de la santé, et par conséquent, ne couvre pas les circonstances causées entièrement par les facteurs socio-économiques ou culturels.

18. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé couvre la longévité. Un processus de mise à jour de la classification est mené par l'OMS et son réseau de classification. Par exemple, la CIF est actuellement en train d'être fusionnée avec la version de la CIF pour les enfants et les adolescents. Des efforts similaires sont en cours pour améliorer son application aux populations vieillissantes.

19. La CIF offre une base scientifique à la description, à la compréhension et à l'étude de la santé et des états liés à la santé. La CIF perçoit la santé en termes de fonctionnement et toute déficience de la santé est classifiée en tant que handicap dans un domaine donné. La CIF est donc un instrument commun pour la surveillance et l'évaluation des résultats des études cliniques ainsi qu'un outil pertinent pour décrire la santé des populations.

20. Néanmoins, si la pauvreté entraîne un trouble de la santé (par exemple, la malnutrition), des difficultés de fonctionnement liées peuvent être décrites à l'aide de la CIF. Un trouble de la santé, qu'il soit ou non diagnostiqué, devrait normalement toujours figurer dans les applications de la CIF.

21. Traduite en 35 langues, la CIF est utilisée dans le secteur de la santé mais également dans d'autres secteurs comme l'éducation, le travail et la sécurité sociale. Elle sert principalement à relier les politiques et les législations à des services garantis par la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

B. Collecte et analyse des données sur la santé

1. Enquêtes sur les centres de santé

22. L'OMS travaille avec USAID, des établissements universitaires, des Ministères de la santé de plusieurs pays ainsi qu'avec des partenaires mondiaux afin de développer une méthodologie d'évaluation des centres de santé visant à mesurer et à suivre rapidement les progrès du renforcement des systèmes de santé. L'enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment) sur l'évaluation de la disponibilité et l'état de préparation des services est conçue pour générer un ensemble d'indicateurs sur la disponibilité et l'état de préparation des services qui peuvent être utilisés pour évaluer et surveiller de manière systématique la disponibilité des centres de santé et la manière dont ils sont préparés à fournir les interventions de santé de base.

23. Les indicateurs généraux de disponibilité des services comprennent le nombre et la distribution des centres de santé, le nombre de lits destinés aux patients hospitalisés, le nombre de professionnels de santé pour 10 000 habitants ainsi que le nombre de lits des maternités pour 1 000 femmes enceintes. Les indicateurs de l'état de préparation des services reflètent la capacité des centres à fournir des interventions dans 19 domaines, notamment, le planning familial, les soins

anténatals, l'accouchement, ou les maladies transmissibles et non transmissibles de l'enfant et de l'adolescent. L'outil évalue les éléments essentiels à la prestation de chacun des 19 services, y compris la disponibilité de personnel formé et de directives, le fonctionnement des équipements, les capacités de diagnostic et les médicaments et produits essentiels.

24. SARA se fonde sur des approches précédentes conçues pour évaluer la prestation de services des centres de santé, et s'appuie sur la rapidité de la collecte des données et une méthodologie d'analyse. Elle peut également être combinée à un exercice de vérification des données pour évaluer la qualité des données du système de reporting sur les centres (Système d'information sanitaire). L'enquête sur les centres de santé est menée quelques mois avant l'examen annuel du secteur de la santé d'un pays, afin de fournir des informations et des analyses objectives sur l'état du système de prestation des services, et ainsi d'informer et d'étayer les décisions en matière de planification et de gestion opérationnelle des services de santé ainsi que l'allocation des ressources. En 2012, les outils et documents techniques associés ont été finalisés et publiés, et l'OMS a apporté son soutien aux enquêtes sur les centres de santé à l'aide de la méthodologie SARA en Sierra Leone, en Ouganda, en République démocratique du Congo, en Libye, au Togo et au Burkina Faso. Des travaux supplémentaires sont prévus sur le développement d'un module consacré aux hôpitaux spécialisés et le déploiement de la méthodologie SARA dans le cadre d'une évaluation annuelle systématique du système de prestation de services de santé d'un pays.

2. Mesure de la santé dans les enquêtes

25. L'OMS a mis en place plusieurs stratégies pour mesurer l'état de santé dans ses études, conformément au cadre conceptuel international prévu par la CIF. L'état de santé autodéclaré est mesuré comme fonctionnant dans un ensemble donné de domaines. En outre, les difficultés rencontrées dans l'accomplissement des tâches quotidiennes sont également incluses dans la mesure. Dans ces études, l'OMS inclut également des tests de performance de la mobilité, de la cognition et de la vision. D'autres mesures, comme l'anthropométrie, la spirométrie et la mesure de la pression sanguine, sont également menées. Des échantillons de sang séché sont prélevés afin de mesurer un certain nombre de biomarqueurs.

26. L'OMS est actuellement en train de concevoir un modèle d'enquête sur le handicap impliquant l'ensemble des parties prenantes. Dans l'optique de sa préparation, un examen approfondi des efforts en cours dans le domaine a été mené. Des ensembles de données issus d'un sous-ensemble d'enquêtes nationales consacrées au handicap et d'études du Groupe de Washington ont été analysés. Un projet d'instrument a été préparé pour être présenté à l'occasion d'une réunion d'experts les 5 et 6 décembre, et sera suivi par des tests cognitifs et des tests pilotes. Des enquêtes nationales seront ensuite réalisées avec la version finale de l'instrument. La version finale, ainsi que les documents de formation, seront mis à disposition par l'OMS.

3. Autopsie verbale

27. En 2007, l'OMS a publié un instrument et un manuel d'autopsie verbale. Ils accompagnent la collecte standardisée d'informations afin d'attribuer la cause probable du décès par le biais d'un entretien avec les parents du défunt. L'autopsie verbale est nécessaire pour collecter ces informations lorsqu'aucun constat médical du décès ne peut être effectué. C'est généralement le cas pour les morts à domicile dans de nombreux pays à faible et moyen revenu. Récemment, l'OMS a publié un projet d'instrument d'autopsie verbale plus court potentiellement applicable à des collectivités dans le cadre des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil. L'OMS travaille sur ce projet en collaboration avec les commissions régionales. Elle coopère également avec des établissements universitaires afin de développer des diagnostics automatisés de la cause probable de décès basés sur le questionnaire standard d'autopsie verbale.

4. Évaluation de la qualité des données et approches et outils d'analyse

28. Les données relatives aux centres de santé constituent un élément critique pour l'évaluation annuelle des progrès et de la performance sur le plan national. Ils constituent également la base de l'évaluation de la performance au niveau infranational/du district. Dans le cadre de ses efforts de renforcement des capacités analytiques et de la qualité des données à des fins d'examen des progrès et de la performance, et en collaboration avec des partenaires comme la GAVI Alliance et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'OMS a développé un rapport sur la qualité des données relatives aux centres de santé pour examiner différentes dimensions de la qualité des données à travers un examen documentaire des données disponibles et une enquête sur la vérification des données. Le but du rapport est d'assurer une évaluation systématique de l'exhaustivité et de la cohérence interne et externe des données soumises et des taux de couverture des interventions ainsi que d'identifier les problèmes de qualité des données à traiter. Dans le cadre de l'approche, la qualité des données générées par le système d'information d'un centre de santé est évaluée à travers quatre indicateurs de base.

III. Renforcement du suivi et des mesures prises au niveau national

A. Responsabilisation en matière de santé des femmes et des enfants

29. Aux niveaux des pays, régional et mondial, l'OMS et ses partenaires s'efforcent de renforcer les systèmes d'information sur la santé des pays et de constituer de solides capacités de surveillance des résultats et de responsabilisation au niveau des pays. L'approche est fondée sur l'approche du Partenariat international pour la santé afin de renforcer une plateforme unique de pays pour la

surveillance, l'évaluation et l'examen des stratégies sanitaires nationales². Elle implique l'existence de processus bien établis en vue du suivi des progrès et de la performance qui comporte une évaluation et des analyses quantitatives et qualitatives et qui soient soutenus par un système d'information sur la santé des pays en bon état de fonctionnement.

30. L'approche est notamment soutenue dans le monde entier par le Fonds mondial, GAVI et la Banque mondiale, et a été appuyée par les recommandations de la récente Commission de l'information et de la responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants du Secrétaire général. Les recommandations de la Commission insistent sur les efforts en vue de renforcer le suivi des résultats, les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil ainsi que les systèmes d'examen de la mortalité maternelle, en étendant l'utilisation de l'innovation, des informations et des technologies d'information et en améliorant le suivi des ressources nationales et mondiales. Elles abordent également le renforcement des mécanismes d'examen et de responsabilisation nationaux et l'engagement politique à haut niveau.

31. Dans le cadre de cet effort, 71 des 75 pays mis en avant par la Commission ont réalisé une évaluation des systèmes de responsabilisation et d'information sur la santé, et plus de 60 devraient développer une feuille de route pour un cadre de responsabilisation des pays qui décrira, d'une part, comment les lacunes peuvent être comblées et, d'autre part, comment les priorités peuvent être mises en place, en ce qui concerne la responsabilisation et les systèmes de surveillance et d'évaluation au cours des 3 prochaines années. Les principales priorités des pays comprennent le renforcement des plans de surveillance et d'évaluation des stratégies des secteurs de la santé nationaux, l'amélioration du reporting des naissances et des décès grâce à une meilleure utilisation de la CIM-10 pour le reporting des hôpitaux et des technologies innovantes pour le reporting des collectivités, la réalisation d'enquêtes sur les centres de santé pour vérifier la qualité des données et évaluer l'état de préparation des services et la qualité des soins, l'amélioration de la disponibilité et la qualité des données relatives aux centres de santé dans le cadre de la surveillance annuel, l'amélioration du suivi des ressources grâce à la production régulière de comptes de la santé, le renforcement du travail analytique préalable aux examens, y compris des analyses de l'équité, et l'amélioration de l'accessibilité et de la transparence des données grâce à la création d'observatoires de la santé nationaux.

B. Étude multipays sur la santé et le vieillissement

32. L'étude de l'Organisation mondiale de la Santé sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde (SAGE) est une étude longitudinale de cohortes représentatives sur le plan national de personnes âgées de 50 ans ou plus en Chine, au Ghana, en Inde, au Mexique, en Fédération de Russie et en Afrique du Sud et d'échantillons comparatifs de jeunes adultes âgés de 18 à 49 ans dans chaque pays participant afin d'étudier les résultats en matière de santé et liés à la santé et leurs déterminants sur un effectif de 42 464 personnes interrogées. L'étude SAGE dispose actuellement des données de suivi de 8 148 personnes interrogées. Les modules de l'enquête ont également été administrés sur huit sites du Réseau international pour

² OMS, Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme de pays pour l'information et la redevabilité, Genève, 2011.

l'évaluation démographique des populations et de leur santé (INDEPTH) dans des pays développés, un projet d'enquête sur un effectif de plus de 46 261 personnes interrogées. L'étude SAGE comprend des tests de performance et la collecte d'échantillons de sang séché. Les tests de performance de l'étude SAGE concernent l'acuité visuelle (la vision de près et de loin), la cognition (la fluidité verbale, la mémoire des mots et la mémoire des chiffres), la mobilité (marche chronométrée), la force de préhension, la tension artérielle, l'anthropométrie (taille, poids, tours de taille et de hanches) ainsi que la spirométrie. Les analyses de l'hémoglobine, de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), de la protéine C-réactive hautement sensible et du virus d'Epstein-Barr ont été standardisées et validées par rapport à des échantillons de sang veineux. L'étude SAGE se poursuivra en 2013 et en 2015-2016. Ses instruments ont été adaptés et harmonisés avec d'autres études internationales.

IV. Points à soumettre à l'examen de la Commission

33. La Commission est invitée à :

a) Noter l'attention portée par l'OMS au renforcement des capacités statistiques des Ministères de la santé, notamment l'attribution des causes de décès et les statistiques concernant les centres de santé;

b) Faire part de ses commentaires sur le travail de l'OMS concernant les normes internationales applicables à la collecte et à l'analyse des données sur la santé;

c) Faire part de ses commentaires sur le renforcement du rôle des bureaux de statistique nationaux en vue d'améliorer les statistiques sanitaires des pays.
