



## Conseil économique et social

Distr. générale  
20 décembre 2002  
Français  
Original: anglais

---

### Commission de statistique

Trente-quatrième session

4-7 mars 2003

Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire\*

**Statistiques démographiques et sociales :  
statistiques de la santé**

### **Rapport de l'Office central des statistiques du Botswana sur les statistiques de la santé**

#### **Note du Secrétaire général**

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à la Commission de statistique le rapport de l'Office central des statistiques du Botswana. La Commission voudra peut-être formuler des observations sur les problèmes évoqués au paragraphe 34 du rapport.

---

\* E/CN.3/2003/1.



## Rapport de l'Office central des statistiques du Botswana sur les statistiques de la santé

### Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction .....	1–3	3
II. Objectifs et principales composantes du Groupe des statistiques de la santé .....	4	3
III. Types d'information collectée.....	5–7	4
IV. Section des services de santé .....	8–10	4
V. Informations concernant l'état de santé.....	11–24	5
VI. Section des dossiers médicaux .....	25–27	8
VII. Délai de publication.....	28–29	9
VIII. Documentation de la méthodologie .....	30–31	9
IX. Améliorations apportées récemment au système des statistiques de la santé .....	32–33	10
X. Assistance et collaboration internationale .....	34	10

## **I. Introduction**

1. Le présent document contient une description du système de statistiques de la santé au Botswana. On y décrit dans les grandes lignes les types et sources de statistiques sanitaires, y compris les méthodes utilisées pour produire et diffuser les données. Les problèmes rencontrés dans la mesure de la prévalence du VIH/sida y sont soulignés, ainsi que leur incidence sur les différentes estimations de la mortalité.

2. Le Groupe des statistiques de la santé relève de l'Office central des statistiques du Ministère des finances et de la planification du développement mais est détaché auprès du Ministère de la santé, essentiellement du fait que les documents administratifs utilisés par le Ministère de la santé constituent la principale source de données pour le Groupe. Ce dernier, qui a été créé en 1974, compte 22 fonctionnaires dont quatre viennent du Ministère de la santé, les 18 restants étant des fonctionnaires de l'Office central. Il bénéficie de l'appui administratif du ministère hôte et de l'appui technique de l'Office.

3. Le Groupe des statistiques de la santé assure la coordination pour les questions concernant le système d'information sur la santé. Il facilite la collecte, le traitement, l'analyse, l'interprétation et la publication des données ainsi que leur diffusion auprès des utilisateurs. Il produit un rapport annuel qui donne des informations statistiques à usage public nécessaires pour la planification.

## **II. Objectifs et principales composantes du Groupe des statistiques de la santé**

4. Le principal objectif du Groupe des statistiques de la santé est de disposer en temps voulu et en quantité suffisante de statistiques sanitaires fiables qui reflètent les changements des besoins de la population en matière de santé ainsi que l'évolution des soins dans le domaine de la santé. Ces informations sont essentielles pour la planification, l'administration et l'évaluation. Le Groupe est chargé en particulier :

- a) De traiter les informations sanitaires émanant périodiquement des établissements de santé;
- b) De traiter les données annuelles concernant le personnel et les services de la santé;
- c) De fournir des rapports et des données sanitaires;
- d) De mettre en place des procédures efficaces d'enregistrement et de notification afin d'assurer l'uniformité en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation des données;
- e) D'assurer la liaison avec les autres producteurs de données pour concevoir des instruments de collecte des données afin d'éviter le double emploi;
- f) De donner des conseils aux responsables de la tenue des dossiers médicaux dans les services médicaux afin d'assurer la normalisation des méthodes et procédures.

### III. Types d'information collectée

5. Le Groupe collecte des informations aussi bien sur l'état de santé que sur les services de santé.

#### **Informations concernant l'état de santé**

6. Cette catégorie comprend des informations sur l'état de santé de la population, telles que les naissances et les décès ventilés par cause, l'incidence ou la prévalence de maladies et les caractéristiques des individus qui souffrent de ces maladies. Grâce à ces informations, on peut suivre l'état de santé de la population et déterminer s'il s'améliore ou se détériore avec le temps. Outre les dossiers administratifs, les données sont collectées grâce aux enquêtes intercensitaires effectuées par l'Office central des statistiques, notamment l'enquête sur l'impact du sida au Botswana (2001), l'enquête à indicateurs multiples (2001) et les enquêtes sur la santé de la famille.

#### **Informations concernant les services de santé**

7. Ces informations d'ordre qualitatif et quantitatif concernent les soins de santé dont l'utilisation a été signalée ainsi que l'état de divers services et programmes d'appui. La proportion de la population qui bénéficie des services de santé essentiels peut être déterminée grâce à ces informations. Le Groupe compte plusieurs sections qui s'occupent de différents domaines, à savoir les services de santé, les malades hospitalisés, les consultations externes et les dossiers médicaux. En outre, toutes les activités de saisie et d'analyse des données étant informatisées, il existe une section informatique centralisée qui est utilisée par toutes les autres sections.

### IV. Section des services de santé

8. La Section des services de santé reçoit des établissements de santé de l'ensemble du pays des données sur le personnel et les services de santé qui sont chaque année mises en tableau par région et par service. Les données concernant le personnel et les services de santé qui relèvent de la responsabilité du secteur privé (praticiens médicaux, missions et mines) sont également incluses dans ces tableaux et sont publiées avec les autres données émanant du gouvernement central et des administrations locales.

#### **Personnel de santé**

9. Le Groupe des statistiques de la santé tient à jour une base de données du personnel du Ministère de la santé et des agents sanitaires des dispensaires et hôpitaux tant au niveau de l'administration centrale que des administrations locales ainsi que des établissements de santé privés. La base contient les données suivantes :

- a) Numéro de l'établissement;
- b) Prénom;
- c) Nom de famille;
- d) Sexe;

- e) Nationalité;
- f) Niveau de rémunération (classe);
- g) Désignation (titre);
- h) Observations.

Les données sont publiées par localité, type d'établissement et domaine de spécialisation.

#### **Établissements de santé**

10. Le Groupe tient une liste des établissements de santé qui est mise à jour annuellement et publie une liste générale de ces établissements. Les établissements sont groupés en districts sanitaires. Un numéro unique d'identification de cinq chiffres est attribué à chacun des établissements : les deux premiers chiffres désignent le district, le troisième chiffre désigne le type d'établissement (à savoir hôpital central ou hôpital de district, hôpital principal, dispensaire, poste sanitaire et praticien privé), tandis que les deux derniers chiffres sont les numéros de série au sein du district.

## **V. Informations concernant l'état de santé**

#### **Section des malades hospitalisés**

11. La Section des malades hospitalisés reçoit des établissements de santé équipés de lits (hôpitaux centraux, hôpitaux de district, hôpitaux principaux et maternités) des formulaires récapitulatifs sur les malades sortants. Les formulaires sont classés par établissement puis par type de service par mois. Les données diagnostiques indiquées sur le formulaire sont codées d'après la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision (CIM-9). Les formulaires sont regroupés par série (médecine générale – 20 formulaires et prestations – trois formulaires par série) numérotés de la première à la dernière série. Le numéro de l'établissement, le mois et le numéro de série facilitent le traitement des données.

12. Les établissements de santé équipés de lits d'hospitalisation dans l'ensemble du pays remplissent un formulaire pour le nombre de malades par nuit pour les diverses catégories de malades pour chaque salle, y compris les données sur le nombre d'entrées et de sorties, de décès et de naissances, la durée du séjour et la rotation des lits pour une période donnée.

#### **Section des consultations externes**

13. Cette section couvre à la fois les services de médecine curative et de médecine générale pour les malades non hospitalisés, à savoir :

a) Médecine curative pour malades non hospitalisés : enregistrement des consultations par diagnostic et groupe d'âge. Ce service fait l'objet d'une notification sur une base mensuelle;

b) Médecine générale en consultation externe (y compris les consultations prénatales et postnatales, les services de planification de la famille et la surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans);

c) Maladies à déclaration obligatoire, y compris les maladies potentiellement endémiques que le Ministère considère comme devant faire l'objet d'une surveillance étroite et qui sont déclarées sur une base hebdomadaire;

d) Naissances et décès en milieu non hospitalier;

e) Prévention de la cécité;

f) Santé mentale.

14. Ces informations servent à déterminer la fréquentation d'un établissement de santé (charge de travail) et la morbidité. Les données sont publiées par district, âge, sexe, nombre de patients, type d'établissement, etc.

#### **Naissances et décès en milieu non hospitalier**

15. Il s'agit des naissances et des décès qui interviennent en milieu non hospitalier, par exemple à domicile. Afin de saisir les statistiques y relatives, les éducateurs en matière de protection de la famille remplissent des formulaires spéciaux chaque fois qu'ils sont au courant de ces événements. L'analyse des données se fait pour l'instant manuellement parce que l'ensemble de données est très faible. Les données sont incluses dans le rapport annuel et la note d'information sur les statistiques de la santé.

#### **Prévention de la cécité**

16. Les données de diagnostic indiquées sur les formulaires sont codées et classées selon la CIM-9. Les établissements sont codés en vue de leur identification d'après la liste générale des établissements de santé. Les données sont reçues mensuellement de tous les hôpitaux et de quelques dispensaires et postes sanitaires. Elles comprennent également des données sur le dépistage du trachome dans les écoles primaires.

#### **Maladies mentales**

17. Cette section traite des données concernant les malades mentaux hospitalisés ou non. Les données sont reçues mensuellement de tous les établissements de santé qui ont des services psychiatriques. Les données de diagnostic sur le formulaire sont codées et classées selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [dixième révision de la CIM (CIM-10)]. Les établissements sont codés en vue de leur identification d'après la liste générale des établissements de santé.

#### **Données concernant le VIH/sida**

18. Le VIH/sida est apparu pour la première fois au Botswana vers 1985. Par transmission hétérosexuelle, le virus s'est propagé dans l'ensemble de la population. Selon les estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 25 % de la population adulte de 15 à 49 ans était séropositive en 2000, ce qui porte à croire que le taux de transmission a été très rapide malgré les programmes d'action mis en place au fil des ans pour enrayer ou ralentir la propagation de la maladie. Les stratégies d'intervention contre le VIH/sida dans une société semi-analphabète telle que celle du Botswana n'a pas été facile. Comme il ressort des statistiques, les diverses mesures qui ont été prises pour endiguer l'épidémie n'ont pas vraiment été couronnées de succès.

### Système de surveillance sentinelle du VIH/sida

19. Le Ministère de la santé collecte des données sur le VIH/sida au moyen du système susmentionné. Les données sont collectées auprès des femmes enceintes qui se rendent chaque année dans les dispensaires de soins prénatals dans certains sites du pays. Les données sont également collectées auprès des hommes et des femmes qui se rendent dans les établissements de santé pour obtenir des services de traitement des maladies sexuellement transmissibles et auprès des donneurs de sang bénévoles.

20. L'objectif du système de surveillance est de mesurer les tendances et la prévalence du VIH/sida au sein de la population sentinelle afin de suivre l'évolution de l'épidémie et d'évaluer l'efficacité des stratégies d'intervention. En évaluant le système sentinelle, le Comité consultatif national a fait part de sa préoccupation au sujet des méthodes de sélection par échantillonnage non probabiliste et de l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population. Le Comité conseille donc aux utilisateurs des données de prendre note de ces déficiences lorsqu'ils analysent et utilisent les données en question. Certaines des déficiences sont énumérées ci-après :

a) La stratégie d'échantillonnage adoptée dans l'enquête est conçue essentiellement pour suivre l'évolution de la prévalence du VIH au sein de la population desservie par les sites plutôt que pour fournir des estimations de la prévalence du virus dans l'ensemble de la population parce que la sélection des sites sentinelles n'est pas aléatoire;

b) Certains sites ne sont pas couverts chaque année;

c) La population desservie par le site sentinelle ne réside peut-être pas nécessairement dans la zone représentée par le site;

d) Les femmes enceintes ne constituent pas un échantillon représentatif de la population adulte;

e) Les femmes enceintes ne constituent pas un échantillon représentatif de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans;

f) Comparées à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, les femmes enceintes peuvent appartenir à une structure d'âge différente et avoir des expériences différentes en matière de fécondité;

g) Pour la prévalence du VIH, les rapports de masculinité varient selon l'âge;

h) L'incidence du VIH ne peut pas être calculée directement à partir des données.

21. Dans le rapport de mission sur le *Rapport mondial sur le développement humain* et le Rapport national sur le développement humain pour le Botswana, il est indiqué que l'ONUSIDA et la Division de la population du Secrétariat de l'ONU ont tous deux utilisé le système de surveillance sentinelle pour calculer la prévalence du VIH et les estimations de mortalité du fait du VIH/sida au sein de la population du Botswana pendant la période 1995-2000.

22. Du fait de l'insuffisance et du manque de fiabilité des données, dont témoignent les déficiences, l'Office central des statistiques ne peut utiliser les

données de la surveillance sentinelle du VIH/sida pour évaluer l'incidence de l'épidémie sur la transition démographique du Botswana. Toutefois, ne disposant de données du service national de statistique, les organisations et institutions telles que l'ONUSIDA continuent d'utiliser les données du système de surveillance sentinelle pour estimer la prévalence et l'incidence du VIH/sida et des problèmes connexes au Botswana.

### Comparaison des trois sources de données sur la mortalité

23. Le tableau ci-après résume les estimations utilisées pour prédire l'incidence de l'épidémie de sida au Botswana sur les niveaux de mortalité.

#### Estimations de la mortalité

	<i>Recensement de 1991</i>	<i>Enquête démographique de 1998</i>	<i>Organisation des Nations unies 1995-2000</i>	<i>Recensement de 2001 (chiffres provisoires)</i>
Taux de mortalité infantile	48,0	51,0	58,0	56,0
Taux de mortalité juvénile	16,0	17,0	48,0	74,0
Espérance de vie (e0)	65,3	64,3	47,0	55,7

*Sources* : Division de la population pour 1998; et Office central des statistiques pour les résultats du recensement de la population et de l'habitat de 1991 et les résultats de l'enquête démographique de 1998.

Il faudrait employer des méthodes directes visant à fournir des estimations sur le nombre d'infections par le VIH/sida grâce à des enquêtes basées sur la population.

24. Les résultats de ces estimations confirmeront la concordance avec d'autres approches sur les variables démographiques de même que pour la planification des soins de santé. Une bonne compréhension de l'incidence du VIH/sida sur les variables démographiques permettra de faire en sorte que les décideurs soient en mesure d'évaluer et d'élaborer des politiques davantage axées sur la prévention du VIH/sida, ce qui aidera le Gouvernement à mettre au point des activités répondant aux besoins sur le plan national.

## VI. Section des dossiers médicaux

25. Cette section assure l'uniformité en matière de bonne tenue des dossiers médicaux dans tous les établissements. Elle est responsable de la gestion et de l'amélioration du système de notification des dossiers médicaux, des aspects administratifs de l'admission des malades et de leur sortie de l'hôpital et de l'efficacité des normes en matière de tenue des dossiers médicaux.

### Conception des formulaires

26. Les départements ou groupes de la santé conçoivent ou revoient les formulaires conformément à leurs besoins. Les projets de ces formulaires sont présentés au Comité des systèmes d'information sur la santé par l'intermédiaire de la Section des dossiers médicaux afin de procéder aux vérifications suivantes :



- a) Double emploi éventuel avec d'autres formulaires qui servent déjà à consigner l'information;
- b) Nombre de membres du personnel devant utiliser le formulaire;
- c) But de la collecte des données ou utilisation des données collectées;
- d) Lieu où sera déposé ou conservé le formulaire;
- e) Fréquence de reproduction, quantité et qualité du papier des formulaires à commander.

27. Une fois que les vérifications ci-dessus sont faites, le formulaire est retourné au département ou groupe, qui y apporte les modifications nécessaires et le distribue afin que ceux qui auront à l'utiliser l'examinent et formulent leurs observations. Le formulaire doit faire l'objet d'un essai préliminaire ou doit être montré à un échantillon, petit mais représentatif, d'utilisateurs auxquels il est destiné. Le projet final est porté à l'attention du Comité de l'information sur la santé, par l'intermédiaire de la Section des dossiers médicaux, pour approbation et assignation d'un numéro d'identification.

## VII. Délai de publication

28. La date cible pour la diffusion du rapport sur les statistiques de la santé est de six mois à partir de la période de référence. Toutefois, le rapport le plus récent date de 1999.

### Publications

29. Les publications habituelles sur les statistiques de la santé sont les suivantes :
- a) Maladies à déclaration obligatoire (publication hebdomadaire);
  - b) Recensement de minuit (publication mensuelle);
  - c) Rapport annuel sur les statistiques de la santé;
  - d) Note d'information sur les statistiques de la santé (qui présente aux utilisateurs les statistiques sanitaires dans leurs grandes lignes en attendant la publication du rapport principal);
  - e) Liste générale des établissements de santé (elle est établie chaque année).

## VIII. Documentation de la méthodologie

30. La documentation de la méthodologie figure dans le manuel opérationnel du Groupe des statistiques de la santé. La compilation des statistiques de la santé se fait d'après les directives de l'OMS et le manuel de la CIM.

31. Pour vérifier la validité des données, les rapports actuels sont comparés aux rapports précédents. Des modules appropriés mis au point à partir des données d'enquête sont également utilisés aux fins de contre-vérifications.

## **IX. Améliorations apportées récemment au système des statistiques de la santé**

32. Les établissements de santé ont été équipés d'ordinateurs pour améliorer la notification de données par Health net, mais le système ne fonctionne pas en raison d'un manque de compétences.

33. En outre, le Ministère de la santé, avec l'assistance du Gouvernement norvégien, a lancé un projet quinquennal pour renforcer le système d'information sur la santé en juillet 1996. Le principal objectif du projet est de mettre en place un système efficace d'information sur la santé, qui faciliterait une meilleure planification et un meilleur contrôle du système de soins de santé. L'objet du projet est de rationaliser le système d'information, de sorte que seules les informations les plus pertinentes soient collectées aux différents niveaux du système. Étant le principal fournisseur de statistiques de la santé, le Groupe des statistiques de la santé s'est vu confier la responsabilité de coordonner ce projet. Toutefois, celui-ci est au stade de la rationalisation des outils de collecte de données sur la base des indicateurs de santé qui ont été établis. Le plan quinquennal s'achève en mars 2003. Les résultats du plan sont les suivants :

a) Un rapport sur les indicateurs de santé a été produit et adopté en janvier 2000;

b) En utilisant les indicateurs de santé approuvés, les outils de collecte de données du Groupe des statistiques de la santé ont été mis au point et testés en avril 2001. Les instruments de collecte de données (formulaire) ont fait l'objet d'un essai pilote dans certains des établissements. Les résultats de ces essais sont actuellement utilisés pour mettre au point la version finale des instruments de collecte des données.

## **X. Assistance et collaboration internationale**

34. Des efforts concertés s'imposent pour résoudre les problèmes ci-après :

### **Problèmes à court terme**

a) Des missions de deux à trois semaines s'imposent pour former le personnel du Groupe des statistiques de la santé à l'utilisation de la CIM-10. En outre, le Groupe aura besoin d'un stock suffisant d'exemplaires des manuels de la CIM;

b) Des méthodes acceptables tant sur le plan statistique que sur le plan international pour estimer la prévalence et l'incidence du VIH/sida à partir d'un système de surveillance sentinelle doivent être élaborées à l'intention de tous les pays;

c) Un changement dans les méthodes d'estimation de tout indicateur du développement ou indicateur démographique doit faire l'objet d'un examen approfondi et être arrêté et approuvé en vue de son utilisation par tous les pays. Il s'agit d'indicateurs tels que l'espérance de vie active en bonne santé, qui, semble-t-il, ne sont pas utilisés par de nombreux pays.

**Problèmes à long terme**

d) Il est nécessaire de créer des capacités en matière de gestion de l'information sanitaire pour faire face à la demande évolutive et sans cesse croissante d'analyses plus détaillées et d'interprétation des données dans ce domaine;

e) L'Office central des statistiques est obligé de faire appel à des compétences extérieures pour les activités de traitement des données chaque fois qu'il effectue des recensements et des enquêtes. On ne pourra remédier à cette situation qu'en renforçant les capacités du personnel des technologies de l'information grâce à une assistance en matière de formation à l'utilisation des logiciels appropriés.

---