



Conseil économique et social

Distr. générale
15 décembre 2004
Français
Original: anglais

Commission de statistique

Trente-sixième session

1^{er}-4 mars 2005

Point 5 b) de l'ordre du jour provisoire*

Statistiques démographiques et sociales : statistiques de la santé

Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les statistiques de la santé

Note du Secrétaire général

Conformément à la demande formulée par la Commission de statistique à sa trente-cinquième session^a, le Secrétaire général a l'honneur de lui transmettre le rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les statistiques de la santé. La Commission est invitée à formuler des observations sur les progrès accomplis par l'OMS pour donner effet à ses recommandations.

* E/CN.3/2005/1.

^a *Documents officiels du Conseil économique et social, 2004, Supplément n° 4 (E/2004/2 et Corr.1), chap. II.C, par. 4 e).*



Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–2	3
II. Tableau général	3–5	3
III. Révision stratégique des programmes internationaux de production de statistiques de la santé.	6–10	4
IV. Appui au renforcement des capacités statistiques à l'échelon national.	11–15	6
V. Coordination des programmes internationaux de production de statistiques sanitaires	16–19	7
A. Harmonisation des enquêtes sur les ménages	16–18	7
B. Comptes nationaux de santé.	19	9
VI. Harmonisation des définitions, classifications et méthodologies	20–41	9
A. Définitions et méthodes applicables aux statistiques de la santé.	20–29	9
B. Classifications internationales	30–33	11
C. Mesures de la charge de morbidité et de l'état de santé.	34–37	11
D. Moyens de s'assurer de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé.	38–41	12
VII. Collaboration au niveau régional	42–53	13
VIII. Autres méthodes d'estimation de la prévalence du VIH/sida.	54–55	16
IX. Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires.	56–58	16
X. Conclusion	59	17

I. Introduction

1. À sa trente-cinquième session, en mars 2004, la Commission de statistique était saisie du rapport des Amis de la présidence sur les statistiques sanitaires (E/CN.3/2004/4). À cette occasion, elle a souligné que les statistiques sanitaires faisaient partie intégrante des statistiques sociales et étaient largement tributaires de phénomènes économiques et environnementaux. Elle a aussi fait valoir que les Principes fondamentaux des statistiques officielles étaient à appliquer à l'élaboration des statistiques officielles de la santé. La Commission a expressément demandé :

a) Que les programmes internationaux de production de statistiques sanitaires, y compris les statistiques de l'état civil et celles des incapacités, fassent l'objet d'une révision stratégique, visant à un accord délimitant les domaines de responsabilité respectifs des organismes en cause;

b) Qu'un groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires élabore un programme coordonné et intégré de production de statistiques sanitaires, en s'accordant sur des définitions, des classifications et des méthodes uniformisées dans ce domaine, en tirant parti dans toute la mesure possible des rouages déjà en place, et en faisant appel à chaque étape aux acteurs des statistiques officielles;

c) Que l'OMS lui présente chaque année un rapport sur l'avancement des initiatives spécialement consacrées à l'harmonisation des concepts, des définitions et des méthodes et à l'amélioration de la coordination à différents niveaux des programmes de statistiques sanitaires, ainsi que du renforcement des capacités dans les pays, surtout dans ceux qui en ont le plus besoin.

2. Le présent rapport a été établi comme suite à cette demande de la Commission de statistique.

II. Tableau général

3. Réaliser des mesures dans le domaine de la santé est une opération complexe sur le plan des idées et de la technique, car elle exige des connaissances et des compétences en statistiques et en santé publique ainsi que dans le domaine biomédical qui soient propres à chaque maladie ou domaine d'activité. La précision des mesures est largement tributaire de l'existence de tests biométriques axés sur certaines maladies et d'analyses cliniques, qui doivent être mesurables à l'échelon de la population. Ainsi, les différentes statistiques de la santé varient considérablement en termes de fiabilité et de validité des indicateurs, et de faisabilité et de précision des instruments de mesure. Cette complexité signifie qu'il n'existe pas de stratégie de mesure uniforme pour l'ensemble des statistiques sanitaires. Les difficultés techniques sont aggravées par les lacunes des systèmes d'information sur la santé dans les pays en développement. Même les plus essentiels des indicateurs sanitaires (le nombre des décès) sont obtenus selon des méthodes qui divergent en fonction des conditions en vigueur dans le pays, de l'âge et du sexe du défunt et de la cause du décès. Les mesures de l'état de santé, de l'incidence et de la prévalence d'une maladie, des comportements liés à la santé et des facteurs de risque nécessitent toutes chaque fois une démarche différente, et une méthode unique ne pourra être appliquée à toutes les situations. Mesurer des indicateurs sanitaires complexes, comme l'année de vie gagnée pondérée par sa qualité ou

l'année de vie corrigée du facteur incapacité, est difficile dans les pays dotés de systèmes d'information sur la santé insuffisants. Or ces pays sont précisément ceux où la charge de morbidité est la plus lourde. Il n'existe encore aucun accord universel sur les dimensions mesurables du système de santé.

4. Du fait de cette complexité, les acteurs nationaux et mondiaux qui participent à la production et à l'utilisation des statistiques de la santé ont mis au point une série de démarches pour coordonner la production de différentes statistiques sanitaires et arrêter des définitions, des classifications et des méthodes uniformisées. On a créé des groupes de travail interinstitutions et d'experts consacrés à des maladies et des programmes précis, dont quelques-uns sont décrits dans le présent rapport. Certains de ces travaux de coordination ont débuté il y a longtemps et font autorité. D'autres sont entrepris ponctuellement, face à des difficultés particulières en matière de mesure.

5. Le présent rapport décrit les efforts déployés pour coordonner stratégiquement la production de statistiques sanitaires et aider les pays à renforcer en conséquence leurs systèmes d'information sur la santé. En particulier, les questions ci-après sont abordées :

- a) La révision stratégique des programmes internationaux de production de statistiques sanitaires;
- b) Le renforcement des capacités statistiques nationales;
- c) La coordination des programmes internationaux de production de statistiques de la santé;
- d) L'harmonisation des définitions, des classifications et des méthodes;
- e) La collaboration, à l'échelon régional, entre l'OMS et les autres organismes chargés des statistiques sanitaires;
- f) L'existence d'autres méthodes permettant d'estimer la prévalence du VIH/sida.

III. Révision stratégique des programmes internationaux de production de statistiques de la santé

6. Dans le domaine des statistiques de la santé, trois problèmes ayant des effets cumulatifs prédominent : les statistiques sanitaires requièrent beaucoup d'efforts techniques de mesure et d'analyse; les systèmes d'information sur la santé ne sont pas adaptés; les pays dotés des systèmes de santé les moins efficaces sont les plus durement touchés par les maladies. Pendant plusieurs années, les travaux entrepris pour combler les lacunes de l'accès à des données de qualité sur la santé ont privilégié les questions techniques concernant les définitions et les méthodes (pour une description des travaux en cours dans ce domaine, voir la section IV ci-après). Plus récemment, on a fait remarquer qu'il fallait s'attaquer aux faiblesses structurelles des systèmes d'information sur la santé, car c'est ainsi que l'on parviendra à obtenir des données de qualité. En juillet 2003, l'OMS, la Fondation Bill et Melinda Gates et divers partenaires nationaux et internationaux participant à la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données de santé, ont entamé la révision des systèmes d'information sur la santé dans le monde, processus qui

durera une année. Cette phase de conception s'est composée d'interactions avec les partenaires techniques nationaux des domaines de la santé et des statistiques (ministères de la santé et bureaux de statistique nationaux). Des partenaires internationaux ont aussi participé aux débats, notamment le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. De plus, différents donateurs bilatéraux et centres régionaux d'études avancées ont contribué à cette révision.

7. Ce processus a débouché sur l'élaboration de documents techniques et stratégiques présentant les forces et les faiblesses des systèmes actuels d'information sur la santé et décrivant comment les renforcer à l'avenir. On s'est fondé sur ces documents pour établir une proposition présentée à la Fondation Bill et Melinda Gates, et pour mettre en place le Health Metrics Network (Réseau de mesure de la santé), système mondial de collaboration en faveur de l'information sur la santé. La composition du Conseil d'administration du Réseau reflète la priorité qu'accorde ce système au rapprochement des parties prenantes dans les domaines de la santé et des statistiques à l'échelon mondial, régional et national, dans le but de renforcer la capacité des pays pour produire, analyser, diffuser et utiliser des statistiques sanitaires de qualité. Parmi les membres du Conseil figurent des représentants des ministères de la santé, des bureaux de statistique nationaux et des centres de recherche régionaux de pays en développement. L'UNICEF, la Banque mondiale, le Département des affaires économiques et sociales et l'OMS représentent le système multilatéral. À l'échelon bilatéral, les donateurs, les fondations et les partenariats public/privé englobent l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), le Ministère britannique du développement international, l'Agence danoise de développement international, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Commission européenne, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et ONUSIDA. Sont également membres du Conseil le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Partenariat statistique au service du développement à l'aube du XXI^e siècle (PARIS 21) et les United States Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis situés à Atlanta. Le secrétariat du Réseau se trouve actuellement au siège de l'OMS.

8. Le Réseau a pour but de jouer un rôle catalyseur dans la mise au point des systèmes nationaux d'information sur la santé, afin que davantage d'informations récentes et de qualité soient disponibles et puissent être utilisées pour appuyer les décisions de santé à l'échelon national et mondial. Pour y parvenir, il a trois objectifs :

a) Établir un consensus sur les méthodes techniques à suivre, notamment les outils, les indicateurs et les analyses, afin d'orienter et de diriger la mise au point des systèmes nationaux d'information sur la santé, et d'améliorer l'accès aux données et leur qualité;

b) Fournir aux pays un soutien technique et financier pour qu'ils puissent renforcer leurs systèmes d'information sur la santé;

c) Élaborer des politiques, des systèmes et des incitations pour garantir l'accès aux informations et leur utilisation lors de la prise de décisions, dans les différents pays et de par le monde.

9. Lorsque le financement aura été officiellement octroyé, ce qui devrait être fait à la fin de 2004, l'OMS travaillera avec les partenaires du Réseau pour élaborer un plan de travail et préciser les dispositifs d'administration et de gestion. Une première étape consistera à établir les modalités de la coopération avec les partenaires nationaux. L'OMS fera état des progrès accomplis à la trente-septième session de la Commission de statistique.

10. Après avoir collaboré avec les pays, l'OMS rend aussi compte chaque année, dans le *Rapport sur la santé dans le monde*, de certaines dimensions des dépenses de santé pour ses 192 États membres. Parallèlement, elle poursuit la mise au point d'une base de données sur d'autres volets des dépenses de santé. Ses travaux s'appuient sur son *Guide pour l'établissement des comptes nationaux de la santé, qui porte spécialement sur les pays à revenu faible ou intermédiaire* (« Guide to Producing National Health Accounts, with Special Applications for Low-Income and Middle-Income Countries »). Ce guide, qu'elle a préparé pour les pays en développement avec USAID et la Banque mondiale, s'inspire du manuel *Système de comptes de la santé* de l'OCDE, qui a elle-même beaucoup contribué à l'élaboration du Guide. Si cet ouvrage s'appuie sur le Système de comptes de la santé, il est admis que de nombreux pays pauvres ne seront pas de sitôt en mesure de mettre pleinement en œuvre ce système. En effet, certains pays de l'OCDE et de l'Union européenne (UE) ne l'utilisent toujours pas. Des débats sont en cours avec divers partenaires quant à la nécessité d'examiner ce système à la lumière des problèmes apparus ces dernières années dans les pays pauvres. Ils se poursuivent en vue de déterminer si les travaux sur les comptes nationaux de la santé seront intégrés au Réseau.

IV. Appui au renforcement des capacités statistiques à l'échelon national

11. Le Réseau a pour principal objectif de fournir aux pays un appui technique et financier qui leur permette de renforcer leurs systèmes d'information sanitaire. À cette fin, l'OMS et les partenaires du Réseau mettent au point un cadre technique consensuel destiné à guider l'appui à la mise en place des systèmes nationaux d'information sanitaire. Le premier projet de cadre technique, qui est en cours d'élaboration, sera étudié par des experts au cours de la première moitié de 2005. La mise en place et l'optimisation des systèmes commenceront peu après dans les pays qui ont été retenus pour bénéficier de l'appui du Réseau. Par ailleurs, on continue d'étudier les critères de sélection des pays, ainsi qu'un plan d'extension rapide de l'appui fourni par le Réseau.

12. La capacité des pays de produire des statistiques comparables sur le plan international est liée, dans une large mesure, à l'utilisation des classifications et des normes internationales dans les systèmes nationaux d'information sanitaire. L'OMS propose aux pays un appui technique et financier qui devrait leur permettre d'adopter la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, une définition internationale des naissances vivantes et d'autres normes internationales.

13. Dans le cadre de l'appui qu'il apporte aux systèmes nationaux d'information sanitaire, l'OMS a mis au point des méthodes novatrices de collecte des données au niveau des districts. La cartographie OMS des services disponibles vise à combler

un vide qui existe entre les outils utilisés à l'échelon national, tels que les enquêtes auprès des ménages, et ceux servant à recueillir des données aux niveaux des patients et des centres de santé. Elle doit fournir des informations actualisées sur la disponibilité et la couverture des services de santé et des ressources publiques et privées, à l'échelon d'un district ou d'un pays donné. Consistant en une évaluation simple effectuée au niveau du district par les équipes sanitaires locales, la cartographie des services disponibles peut fournir des informations vitales sur la relation qui doit exister entre l'extension des programmes et le renforcement des systèmes de santé. Les informations recueillies au niveau des districts sont reliées à un système mondial de localisation (GPS) ou à la base de données d'un système d'information géographique (SIG) qui contient les coordonnées géographiques de chaque centre de santé. On peut ainsi réaliser des cartes où apparaît la répartition de services spécifiques au niveau des districts. L'objectif à long terme de cet outil est de permettre aux planificateurs, à l'échelon du district ou au niveau national, d'utiliser la cartographie des services disponibles comme outil de prise de décisions en matière de santé publique. Une caractéristique importante de cet outil est qu'il permet d'analyser les inégalités observées dans la disponibilité des services à la fois à l'intérieur des districts et entre les districts. Dans une large mesure, la cartographie des services disponibles est axée sur les programmes, en cours d'extension, tels que l'accès à la thérapie des antirétroviraux, mais elle sert également à toute une série de programmes, dont ceux concernant la survie de l'enfant, la maternité sans risques, le paludisme et la tuberculose. En outre, cet outil fournit des informations vitales sur la capacité des systèmes de santé de prendre en charge des programmes importants, compte tenu, par exemple, de la disponibilité et de la répartition des ressources humaines, ainsi que des infrastructures et de l'équipement.

14. En 2002 et 2003, l'OMS a coopéré avec les bureaux de statistique de nombreux pays pour réaliser l'Enquête sur la santé dans le monde. Actuellement, elle procède à l'épuration des ensembles de données, en collaboration étroite avec les homologues de pays, et certains de ses bureaux régionaux sont suffisamment outillés pour apporter une assistance technique aux pays. L'Organisation a entrepris de fournir aux pays des tableaux statistiques de base ainsi que des ensembles de données épurées. Les bureaux nationaux de statistique devraient être les principaux utilisateurs des données de l'Enquête.

15. L'OMS continue de collaborer avec les pays en vue de renforcer leurs capacités en matière de recherche et de communication des informations relatives aux dépenses de santé. Un nombre limité d'organisations mènent ce type d'activités, certaines finançant des équipes extérieures pour procéder, de manière ponctuelle, à un examen des dépenses ou des comptes nationaux de santé.

V. Coordination des programmes internationaux de production de statistiques sanitaires

A. Harmonisation des enquêtes sur les ménages

16. Au cours de ces dernières années, les enquêtes auprès des ménages sont devenues le principal mode de collecte de données sanitaires dans les pays en développement. Un certain nombre de programmes d'enquête sont financés par des institutions internationales, telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance

(UNICEF), l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, la Banque mondiale et l'OMS. De ce fait, au cours des 20 dernières années, des progrès considérables ont été enregistrés dans le domaine de la disponibilité des données, et les capacités nationales de collecte et de traitement des données ont été renforcées. Toutefois, la multiplicité des programmes d'enquête s'est révélée préjudiciable du fait des chevauchements, du double emploi et des fortes exigences qu'elle fait peser sur des systèmes nationaux de statistique encore fragiles. Pour faire face à cette situation, les institutions internationales renforcent leur collaboration, notamment dans le domaine de l'harmonisation des questionnaires et du partage des résultats. Par exemple, l'UNICEF et Macro International Inc., filiale de l'Opinion Research Corporation, collaborent pour coordonner les calendriers de réalisation des enquêtes en grappes à indicateurs multiples et des enquêtes sur la démographie et la santé et pour optimiser l'harmonisation de leurs questionnaires respectifs. Des discussions préliminaires ont été engagées en vue de renforcer la coordination avec d'autres programmes d'enquête ayant trait à la santé.

17. Lors de la mise au point du Réseau de mesure de la santé, la nécessité d'intégrer les enquêtes auprès des ménages dans le système d'information sanitaire et d'améliorer la coordination a été examinée. Une recommandation figurant dans le Plan d'action de Marrakech pour la statistique préconise la mise en place d'un réseau international d'enquête auprès des ménages¹. Les enquêtes auprès des ménages jouent un rôle primordial dans la production des données relatives à la santé, et tant le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, à sa première réunion tenue en janvier 2004, que le Comité exécutif du Réseau de mesure de la santé, à sa première réunion, ont souligné l'importance d'une collaboration interinstitutions dans ce domaine. Au titre des mesures de suivi, le Development Economics Data Group de la Banque mondiale et l'OMS ont organisé des consultations à Washington et à Genève, avec la participation des principaux organismes qui parrainent des enquêtes, y compris ceux qui participent à la mise en place du Réseau. Ont pris part à ces consultations, notamment, la Banque asiatique de développement, le Department for International Development du Royaume-Uni, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Center for Population, Poverty and Public Policy Studies/International Networks for Studies in Technology, Environment, Alternatives, Development, le Groupe de travail intersecrétariats des statistiques agricoles, les Social Science Data Services de la Norvège, Macro International et les enquêtes sur la démographie et la santé, le secrétariat général de la Communauté du Pacifique, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Commission économique pour l'Afrique (CEA), la Commission économique pour l'Europe (CEE), la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), la Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale (CESAO), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), la Division de statistique de l'ONU, l'Economic Research Service du Département de l'agriculture des États-Unis, la University of California, Global Health Sciences et l'USAID.

18. Ces réunions ont abouti à la mise en place du Réseau international d'enquête auprès des ménages, dont l'objectif consiste à promouvoir la coordination des enquêtes, l'harmonisation et les outils destinés à la conservation et à la diffusion des

microdonnées et des métadonnées². L'un des résultats immédiats de cette collaboration devrait consister en un système centralisé de conservation et de diffusion des données d'enquête, qui est actuellement en cours de mise au point à la Banque mondiale et devrait permettre de constituer un fichier commun des données d'enquête. La Banque mondiale collabore avec des partenaires clefs tels que l'OMS et l'UNICEF afin d'enrichir le contenu de la base de données.

B. Comptes nationaux de santé

19. Outre sa participation à l'élaboration du *Guide* susmentionné (voir par. 10 ci-dessus), l'OMS collabore avec le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en vue de réaliser des estimations sur les flux financiers bilatéraux. Elle coopère aussi avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et un certain nombre d'institutions bilatérales intéressées par l'évaluation des dépenses relatives à certaines maladies ou à certaines activités spécifiques.

VI. Harmonisation des définitions, classifications et méthodologies

A. Définitions et méthodes applicables aux statistiques de la santé

20. Ces dernières années, l'OMS s'est employée, avec de nombreux partenaires, à mieux harmoniser les définitions, classifications et méthodologies applicables aux statistiques de la santé. Chacun des domaines de ces statistiques exigeant un ensemble particulier de connaissances techniques et statistiques spécialisées, des groupes de référence chargés de s'occuper de divers domaines d'étude liés à des maladies et domaines programmatiques ont été créés.

21. La mortalité infantile est un indicateur clef pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux, notamment des objectifs du Millénaire pour le développement. Le rapprochement des estimations de cet indicateur issues de différentes sources se poursuit et il est désormais convenu d'établir un seul ensemble d'estimations à l'usage de toutes les organisations internationales, en se fondant sur une base commune de données et des méthodes d'estimation uniformes et transparentes. De plus, le recensement des causes complexes de la mortalité infantile, informations primordiales pour définir le contenu des programmes, a considérablement progressé. En ce qui concerne le nombre des décès survenant au cours du premier mois de la vie, important nouveau domaine de travail, de très gros progrès ont été accomplis vers un consensus sur les chiffres régionaux et mondiaux. Tous ces travaux ont été effectués par des organismes multilatéraux (OMS, UNICEF, Banque mondiale, Division de la population du Secrétariat de l'ONU) en étroite coopération avec des experts de l'Université Johns Hopkins, de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, des Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis) et de l'Université Aga Khan notamment, ainsi qu'avec des partenaires de développement spécialisés dans la survie de l'enfant tels que l'organisation Saving Newborn Lives.

22. L'OMS est l'organisation de référence s'agissant des estimations de la mortalité par cause. L'un des grands problèmes ici est que les pays en développement, en particulier ceux où la mortalité est élevée, ne fournissent pas de données précises sur ce type de mortalité. Pour y remédier, il faudrait, d'une part, redoubler d'efforts auprès de ces pays et de certaines initiatives pour obtenir davantage de données récentes sur la mortalité et, d'autre part, collaborer avec les partenaires pour promouvoir le recours à de meilleurs instruments (l'autopsie verbale, par exemple) et pourvoir à la collecte et l'analyse de données. Il faudrait aussi mieux harmoniser les estimations de la mortalité par cause établies par l'OMS, d'autres entités du système des Nations Unies et les établissements universitaires. L'OMS compte en outre faire un usage cohérent des chiffres globaux de la mortalité, c'est-à-dire du nombre total des décès sans distinction de cause. Il est indispensable qu'elle puisse disposer d'estimations à jour de ces chiffres par âge et par sexe pour que les estimations, par maladie, de la mortalité (et de la morbidité) établies dans le cadre des programmes se tiennent et s'accordent avec les chiffres régionaux et mondiaux.

23. Le groupe consultatif technique chargé d'aider à améliorer les estimations par cause de la mortalité infantile que l'OMS a créé en 2001 est parvenu à faire progresser les travaux sur la question et s'est montré très actif et productif ces dernières années. Vu la demande croissante d'estimations par cause de la mortalité infantile nationale aux fins de planification et d'évaluation des besoins de santé, l'OMS continuera, en étroite collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et des établissements universitaires, à appuyer ce type d'estimations en mettant davantage l'accent sur les principales causes de décès aux niveaux mondial, régional, sous-régional et national et à mettre au point des procédures et des méthodes de mise à jour des estimations.

24. Des groupes de coordination analogues ont été constitués dans d'autres domaines de la santé.

25. Le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation du paludisme s'attache à élaborer des indicateurs et des méthodes de collecte de données relatifs aux activités de lutte contre le paludisme, ainsi qu'à la prévalence de la maladie, à la mortalité qui lui est due et aux indicateurs connexes. Il se compose d'experts de l'OMS, de l'UNICEF, des Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis) et d'un certain nombre de départements universitaires œuvrant dans ce domaine.

26. Le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement alimente une base de données tant administratives sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement que tirées d'enquêtes locales telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF et les enquêtes démographiques et sanitaires et recensements qu'appuie USAID. C'est ainsi que sont estimés les taux mondiaux d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

27. Le Groupe de référence en matière d'épidémiologie du VIH/sida, qui se compose d'épidémiologistes, fournit des avis sur les méthodes à suivre pour estimer et projeter la prévalence du VIH/sida dans le monde et dans chaque pays. Coprésidé par l'OMS et le secrétariat d'ONUSIDA, il associe l'UNICEF, le Département des affaires économiques et sociales et des experts.

28. Le Groupe de référence en matière de surveillance épidémiologique du VIH/sida fournit des avis sur les activités de surveillance et d'évaluation des

programmes et sur les indicateurs des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs internationaux comme ceux du Millénaire pour le développement. Il se compose de l'OMS, du secrétariat d'ONUSIDA et de l'UNICEF et de divers experts.

29. Le Groupe d'examen collégial de la mortalité maternelle examine les méthodes utilisées pour en tirer des estimations comparables sur le plan international. Il se compose de l'OMS, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Division de la population, de la Banque mondiale et d'experts.

B. Classifications internationales

30. L'Organisation mondiale de la santé a établi deux classifications de référence en matière de santé, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, qui font partie des nombreuses classifications économiques et sociales de l'ONU.

31. Conformément au mandat que lui a confié l'Assemblée mondiale de la santé en 1990, l'OMS a établi une procédure de mise à jour constante de ses connaissances scientifiques qui lui permet de prendre en compte de nouvelles données (telles que celles concernant le SRAS et d'autres nouvelles maladies). Une grande révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes est prévue pour 2010.

32. L'utilisation de cette classification demeure problématique dans les pays qui n'ont pas de système complet d'enregistrement des décès, qui en certifie la cause. Sur les 192 États membres de l'OMS, près de 80 ne sont pas en mesure d'établir des statistiques de la mortalité à l'aide de la Classification, comme le prévoient les réglementations de l'OMS, alors qu'ils ont les taux de mortalité et de morbidité les plus préoccupants. Pour remédier à ce problème, l'OMS a établi la liste des taux de mortalité les plus élevés et mis au point divers moyens d'aider les pays concernés à utiliser la Classification de manière fiable et efficace pour établir des statistiques de mortalité.

33. Adoptée en 2001 en tant que norme internationale de statistique de la santé et du handicap, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé a été traduite en 30 langues et divers moyens d'en faciliter l'utilisation sont en cours d'élaboration. Le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, en particulier, s'en sert pour établir ses questionnaires de recensement et d'enquête. Au niveau régional, l'OMS s'emploie, en collaboration avec la CESAP et la CESA0, à améliorer les statistiques des incapacités dans leurs régions à l'aide de la Classification. De même, à la réunion qu'elle a consacrée à la santé en Europe, la CEE s'est appuyée sur la Classification pour mener ses travaux.

C. Mesures de la charge de morbidité et de l'état de santé

34. L'OMS continue d'élaborer des outils faisant appel aux méthodes et définitions normalisées pour faciliter, au niveau des pays, l'analyse de la charge de

morbidité et des facteurs conséquents de risque. Ces outils sont actuellement mis au point et testés en collaboration avec un certain nombre de groupes de recherche.

35. S'agissant de l'état de santé, il peut être défini comme la capacité de fonctionner dans les domaines énumérés dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Ses déterminants, les facteurs de risque et les interventions sont importants et devraient être mesurés à l'aide d'entretiens ou d'enquêtes, mais séparément de l'état de santé proprement dit. La comparabilité des données, nécessaire pour estimer la santé d'un individu ou d'une population, est fonction de la clarté de la définition des éléments à mesurer, ensemble restreint de domaines et d'attributs communs; de l'existence d'instruments d'enquête comparables, équivalents sur les plans linguistique et théorique; de l'existence de stratégies explicites de conception et d'analyse, qui permettent d'assurer la comparabilité des groupes de population; et de la fiabilité et de la validité démontrées des données elles-mêmes.

36. Le choix des domaines de santé à mesurer devrait être fonction de la possibilité d'en faire l'objet d'enquêtes par entretiens (avec des questions psychotechniques claires et brèves, par exemple). Un consensus s'est dégagé au sujet des grands domaines du « fonctionnement » : le domaine physique (mobilité, dextérité, auto-administration de soins, cognition); mental (mémoire et concentration); sensoriel (vision, ouïe); d'autres domaines importants (douleur/inconfort, vitalité/fatigue); le domaine psychologique (sensibilité/anxiété, relations interpersonnelles); et le domaine social.

37. Un groupe de travail a été créé pour élaborer un nouvel instrument de travail commun sur la base des enquêtes sur la santé déjà menées par les organisations nationales et internationales; il doit se concerter avec des groupes tels que le Groupe d'EUROSTAT sur les systèmes d'information sur la santé et le Groupe de Washington. Un groupe directeur composé de spécialistes venus du Canada, des États-Unis, de l'OMS, d'EUROSTAT et de la CEE en coiffera les travaux.

D. Moyens de s'assurer de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé

38. Les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé concernent quelques indicateurs de l'état de santé (mortalité, morbidité et état nutritionnel) et un certain nombre d'indicateurs de la réussite des programmes de santé (vaccination, soins obstétricaux, utilisation des préservatifs, etc.). Bon nombre de ces indicateurs sont difficiles à suivre à court terme car les calculs nécessaires sont imprécis et les indicateurs eux-mêmes évoluent lentement et ne sont guère influencés par les apports programmatiques. À la réunion susmentionnée du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, les participants ont demandé que l'on recense un petit nombre d'indicateurs permettant de suivre semestriellement les progrès accomplis, que l'on alloue des fonds en fonction des résultats obtenus et que l'on informe des entités extérieures au secteur de la santé tels que les ministres des finances des progrès accomplis.

39. Pour résoudre le problème, l'OMS a organisé, en juin 2004, une réunion d'une journée à laquelle ont été conviés des experts de divers organismes, d'entités donatrices et d'universités, qui sont convenus d'étudier différentes possibilités de répondre à l'appel lancé au Forum de haut niveau, consistant notamment à :

- a) Étudier dans quelle mesure les indicateurs des services et des programmes de santé peuvent servir à prédire le niveau et l'évolution des indicateurs de l'état de santé;
- b) Définir un ensemble restreint d'indicateurs des résultats obtenus par les systèmes de santé utilisables parallèlement aux indicateurs de l'évolution de l'état de santé pour suivre les progrès systémiques vers les objectifs de santé;
- c) Établir éventuellement un indice des produits sanitaires de base, étroitement lié au niveau et à l'évolution de l'état de santé;
- d) Examiner le lien entre les dépenses de santé communes et les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement;
- e) Étudier les moyens de mieux ventiler les indicateurs indirects;
- f) Recenser des indicateurs intermédiaires de bonnes pratiques pour aider les pays à déterminer ceux sur lesquels ils peuvent le mieux s'appuyer pour suivre leurs propres programmes et éventuellement promouvoir un petit sous-ensemble de ces indicateurs au rang d'indicateurs clefs de suivi à l'échelle internationale.

40. Afin de faire progresser l'examen des statistiques des systèmes de santé, l'OMS et la Banque mondiale ont invité des partenaires nationaux et des experts à examiner les définitions et les méthodologies envisagées, ainsi qu'un premier ensemble de données sur : le financement et l'utilisation impartiale et efficiente des ressources; les ressources humaines; les informations sur la santé; les médicaments, le diagnostic, les matériels et les infrastructures; et les politiques, l'institutionnalisation et la gouvernance. Cet examen, qui s'appuiera sur les travaux en cours relatifs aux indicateurs des systèmes de santé et à l'évaluation des résultats³, est vu comme la première étape vers un consensus sur les indicateurs des systèmes de santé dont les pays en développement pourraient se servir pour faire périodiquement le point du renforcement de leurs systèmes, en particulier vers les objectifs du Millénaire pour le développement.

41. Il sera rendu compte des progrès de ces travaux à la réunion du Forum de haut niveau qui se tiendra à Abuja en décembre 2004.

VII. Collaboration au niveau régional

42. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) a assisté en février 2004 à la Réunion du Groupe d'experts sur les données et indicateurs de suivi des progrès réalisés vers les objectifs du Millénaire pour le développement dans la région de la CESA0. Cette réunion a notamment débouché sur un accord, aux termes duquel les États arabes devraient mettre en place des mécanismes visant à assurer la compatibilité des données au niveau national et communiquer régulièrement de nouvelles données actualisées à la CESA0, à la Division de statistique de l'ONU, à l'OMS et aux autres organismes compétents pour assurer la compatibilité des données aux niveaux régional et mondial. Il a en outre été convenu à cette occasion que les bureaux centraux de statistique et les ministères de la santé devraient adopter les normes de l'OMS pour la collecte des données de santé et ses méthodes de calcul pour les indicateurs de la santé, notamment lors de la mise au point des données et indicateurs se rapportant aux objectifs du Millénaire. Afin de

faciliter cette tâche, l'OMS a décidé d'énoncer les directives nécessaires pour la collecte et l'analyse des données.

43. En mai 2004, l'OMS a assisté au Forum pour le développement des statistiques en Afrique accueilli par la CEA et y a exposé la phase d'élaboration du Réseau de mesure de la santé (Health Metrics Network), en mettant l'accent sur les possibilités de collaboration et de renforcement mutuel des efforts visant à améliorer la capacité statistique dans le domaine de la santé. Concrètement, la mise au point, en collaboration avec le Forum, de systèmes nationaux d'état civil dans le cadre de la consolidation des systèmes nationaux d'information sur la santé sera un objectif prioritaire.

44. La réunion conjointe CEE/OMS/EUROSTAT sur la mesure de l'état de santé, qui s'est tenue à Genève du 24 au 26 mai 2004, a été consacrée à l'élaboration d'instruments communs de mesure de l'état de santé sous ses multiples aspects. À cette occasion, le cadre conceptuel défini par l'OMS en vue de mesurer la santé a été adopté.

45. L'OMS est une institution mondiale décentralisée qui comprend cinq bureaux régionaux indépendants. Elle s'attache à répondre à la demande d'informations actualisées, fiables et concordantes portant sur les principaux indicateurs de la santé, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement. À tous les niveaux, l'OMS recueille et synthétise une vaste gamme de données quantitatives provenant de divers secteurs de la santé. Ces données, utilisées au niveau interne pour définir des politiques générales, sont largement diffusées dans des publications officielles, ainsi que par le biais de mécanismes plus informels, sous forme électronique ou imprimée. Les informations publiées par l'OMS sont fréquemment utilisées au niveau mondial pour définir des normes, préconiser l'adoption de mesures particulières, suivre les progrès réalisés vers les objectifs convenus à l'échelle internationale et orienter les stratégies et interventions techniques.

46. Au niveau régional, par exemple, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe tient à jour une série de bases de données, notamment des statistiques sanitaires de base et spécifiques à l'intention des pays européens, qui sont largement utilisées pour analyser l'état de la santé et définir des normes en Europe⁴. Le Bureau régional pour l'Europe participe en outre régulièrement aux réunions techniques de la Commission européenne (EUROSTAT et la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs) et de l'OCDE, qui sont consacrées à des problèmes liés aux indicateurs de la santé et à l'harmonisation et la normalisation des activités de collecte des données et des définitions. La moitié environ des 52 États européens membres de l'OMS sont également membres de l'Union européenne ou de l'OCDE; c'est pourquoi il importe d'harmoniser les méthodes, les classifications utilisées et les définitions, notamment les instruments communs de collecte des données, afin d'éviter d'imposer une charge inutile aux pays susceptibles de recevoir des demandes de données analogues de la part de différentes organisations. Les progrès accomplis à cet égard sont sensibles, en particulier pour les statistiques sur les causes de décès, certaines statistiques hospitalières et les comptes nationaux de la santé.

47. Le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé (AMRO/OPS) a établi une ligne de coopération technique pour la constitution de systèmes d'information géographique (SIG) sur l'épidémiologie et la santé publique. En 2004, plusieurs activités et projets ont été mis en œuvre dans ce

cadre, l'accent étant mis sur le renforcement des capacités nationales d'utilisation et d'analyse des données provenant des systèmes ordinaires d'information statistique et sanitaire à l'aide des SIG. Cette forme de coopération porte sur les applications et la mise au point de logiciels, le renforcement des capacités, la collaboration interorganisations et la définition de normes.

48. De concert avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement et huit ministères de la santé et de l'environnement des pays de l'Amérique centrale, le Bureau régional pour les Amériques a élaboré un projet visant à promouvoir l'utilisation de solutions de remplacement viables du DDT pour la lutte antipaludique. Des SIG seront constitués dans chaque région pilote aux fins de la planification, du suivi et de l'évaluation des interventions, à l'aide des données actuellement disponibles.

49. Le Bureau régional pour les Amériques collabore avec le siège de l'OMS et tous ses bureaux régionaux à la mise au point d'une stratégie mondiale de cartographie de la santé publique à l'aide d'un logiciel SIG, en s'appuyant sur les expériences et les succès remportés au niveau du siège et de chaque région. La diffusion et l'utilisation du logiciel SIG, mis au point par le Bureau régional pour procéder à des analyses de la santé publique et des tendances épidémiologiques en s'appuyant sur des données spatiales et temporelles, se sont révélées très efficaces durant l'année en cours, ce logiciel ayant été appliqué à Porto Rico, au Brésil, au Costa Rica, au Canada, aux États-Unis, en Équateur, en République dominicaine et en Argentine.

50. En 2004, le Bureau régional pour les Amériques et l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) ont mis en place un projet cadre portant sur la santé publique dans les pays d'Amérique latine pour les trois prochaines années. Dans le cadre de ce projet, un logiciel de systèmes d'information sur la santé a été élaboré et mis en service en octobre. Il vise en particulier à faire connaître et à évaluer les expériences du Brésil et du Mexique dans ce domaine, qui devraient servir de critères pour définir des pratiques optimales.

51. En 2003, le Bureau régional pour les Amériques a organisé une réunion du Comité d'experts régionaux en matière de statistiques sanitaires. Le Comité a formulé plusieurs recommandations et a notamment suggéré de préparer un cours international sur les statistiques de la santé et de l'état civil.

52. En 1995, le Bureau régional pour les Amériques a lancé une initiative régionale sur les données sanitaires de base. Celles-ci sont mises à jour tous les ans grâce aux données reçues des États membres et des agences spécialisées. On peut consulter la base de données dans son intégralité par l'Internet. Un sous-ensemble de données est publié dans une brochure qui est distribuée aux États membres. En 2004, une évaluation décennale de l'initiative a été publiée; elle rend compte des résultats et de l'impact de l'initiative et contient des recommandations visant à la renforcer et à l'étendre. Le rapport a été soumis au Conseil directeur de l'OPS en septembre 2004, à son siège.

53. Afin de bien s'acquitter de son rôle de gestionnaire des données, l'OMS met au point, en s'appuyant sur les travaux de son Bureau régional pour les Amériques et de ses autres bureaux régionaux, un système d'information à l'échelle de l'organisation, qui recueille, diffuse et vulgarise des indicateurs nationaux de la santé qui se sont révélés efficaces. Il a notamment pour fonctions :

a) De sélectionner à l'échelle de l'organisation une cinquantaine d'indicateurs de base sur la santé, dont les objectifs du Millénaire pour le développement, qui sont communiqués par les bureaux locaux et régionaux et par le siège;

b) De mettre au point un système normalisé pour la gestion des données et la documentation, notamment des métadonnées pour les indicateurs de base sur la santé (données empiriques, source des données accompagnée d'une description, qualité ou collecte des données, méthodes d'estimation et estimation finale). Les données fournies par les pays et les meilleures estimations d'après les méthodes définies par l'OMS sont présentées dans ce cadre;

c) De mettre en place une base de données tenue par l'OMS en vue de diffuser des indicateurs de base sur la santé au moyen de divers tableaux, diagrammes et cartes ad hoc.

VIII. Autres méthodes d'estimation de la prévalence du VIH/sida

54. ONUSIDA et l'OMS collaborent étroitement pour établir des estimations sur le VIH aux niveaux national, régional et mondial. Un groupe de travail conjoint ONUSIDA/OMS tient des réunions hebdomadaires. Les estimations régionales sont mises à jour chaque année et les estimations nationales deux fois par an. Le groupe de travail reçoit des informations du Groupe de référence de l'épidémiologie d'ONUSIDA, qui comprend d'éminents modélisateurs, démographes et épidémiologistes dans le domaine du VIH/sida; de la Division de la population de l'ONU; des Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis) et de l'OMS.

55. Un modèle d'estimation a été mis au point à l'intention des pays, en utilisant différentes méthodes pour les épidémies généralisées et concentrées avec un taux faible. Des publications récentes décrivent ce modèle et les problèmes liés à son utilisation et à celle d'enquêtes de population sur les systèmes de surveillance⁵. Ces deux dernières années, plus de 120 pays ont été formés à l'utilisation de logiciels d'estimation et de projection. Des directives aux fins de l'utilisation d'enquêtes de population sur les systèmes de surveillance sont presque au point. Une assistance technique active est offerte aux pays qui ont réalisé une enquête de population en vue de concilier les enquêtes et la surveillance.

IX. Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires

56. En réponse à la Commission de statistique qui, à sa trente-cinquième session, a demandé qu'un groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires élabore un programme intégré de production de statistiques sanitaires, en s'accordant sur des définitions, des classifications et des méthodes uniformisées dans ce domaine, en tirant parti dans toute la mesure possible des rouages déjà en place, et en faisant appel à chaque étape aux acteurs des statistiques officielles [(E/2004/24, chap. II.C, par. 4 e)], le Groupe de travail intersecrétariats a été mis en place sous la coordination conjointe de la Division de statistique et de l'OMS.

57. Tout d'abord, les membres du Comité de coordination des activités de statistique ont été priés de définir certaines questions prioritaires que le Groupe de travail intersecrétariats pourrait utilement aborder. Le rapport des Amis de la présidence sur les statistiques sanitaires, soumis à la Commission de statistique en mars 2004, a servi de point de départ. En novembre 2004, huit réponses au total avaient été reçues des membres du Comité. D'après leur analyse préliminaire, elles se répartissent en trois groupes :

a) **Questions normatives, techniques et opérationnelles** : définition des indicateurs de base se rapportant à certaines conditions de santé (maternelle, infantile et génésique, nutrition, et aspects de la santé liés à l'environnement, à la drogue et à la criminalité) et aux statistiques sur les systèmes de santé (notamment comptes nationaux de la santé, ressources humaines, information sur la santé et fonctionnement des systèmes de santé);

b) **Questions juridiques, techniques et pratiques liées à la production et à l'utilisation des statistiques sur la santé** : cadre juridique de l'état civil, règles de confidentialité et utilisation de microdonnées, y compris les rôles et les relations des bureaux nationaux de statistique et des ministères de la santé;

c) **Collaboration interorganismes** : incidences du projet de déclaration de principes sur le secteur des statistiques de la santé, et rôles et mandats des différents organismes qui produisent et utilisent des statistiques sanitaires.

58. Comme on l'a dit plus haut, les mécanismes de collaboration face aux problèmes statistiques concernant plusieurs aspects de la santé sont déjà en place et ouverts à la participation d'autres partenaires, selon qu'il conviendra. Par la suite, la Division de statistique et l'OMS collaborent à une nouvelle analyse de la liste proposée de questions et définiront les modalités de leur future collaboration sur des aspects essentiels des statistiques sanitaires. Cette opération s'appuiera autant que possible sur les rouages existants. Le Réseau de mesure de la santé et les équipes et groupes de travail qui lui sont associés offriront la possibilité à d'autres parties prenantes de participer à l'examen d'un certain nombre de questions qui ont été retenues, notamment les systèmes d'état civil, les comptes nationaux de santé et le fonctionnement des systèmes de santé. Les partenaires du Réseau dans les pays s'attacheront en particulier à améliorer la collaboration entre les ministères, les centres de santé et les bureaux nationaux de statistique, et à associer une vaste gamme de partenaires, notamment les donateurs extérieurs et les organismes de développement, ainsi que la société civile, à l'effort qui vise à renforcer les systèmes d'information sur la santé.

X. Conclusion

59. L'OMS est bien décidée à diffuser la déclaration de principes et à l'appliquer dans ses propres travaux; elle y veillera tout au long de l'exécution de ses programmes techniques. Elle continuera de tenir des consultations périodiques avec les principaux utilisateurs et producteurs de statistiques sanitaires en vue d'assurer la régularité, la qualité, l'accès et l'utilisation des données de santé. La mise sur pied du Réseau de mesure de la santé contribuera à renforcer la collaboration entre les partenaires qui produisent et utilisent des données de santé et à établir des partenariats de plus en plus étroits et efficaces entre les professionnels de la santé et les statisticiens aux niveaux mondial, régional et national.

Notes

- ¹ Plan d'action de Marrakech pour le perfectionnement des statistiques du développement. Deuxième table ronde consacrée à la gestion axée sur les résultats du développement, Marrakech (Maroc), 4-5 février 2004 (voir <<http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc04/marrakech.pdf>>).
- ² Voir le site Web en cours de création <www.surveynetwork.org>.
- ³ Voir, par exemple, Hurst J. et Jee-Hughes, M. (2001) *Performance measurement and performance management in OECD health systems. Labour Market and Social Policy*, Étude spéciale n° 47, OCDE, Paris.
- ⁴ <http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1>.
- ⁵ H. Ward, N. Walker et P.D. Ghys, « Methods and tools for HIV/AIDS projections and estimates », *Sexually Transmitted Infections*, 2004, vol. 80, Supplément n° 1; N. Walker, N.C. Grassly, G.P. Garnett, K.A. Stanecki et P.D. Ghys, « Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? », *Lancet*, juin 2004; J.T. Boeremat, P.D. Ghys et N. Walker, « HIV estimates from national population-based surveys: a new gold standard for surveillance systems », *Lancet*, 2003.
-