



## Conseil économique et social

Distr. générale  
9 décembre 2021  
Français  
Original : anglais

### Commission de statistique

#### Cinquante-troisième session

1<sup>er</sup>-4 mars 2022

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

**Questions soumises pour examen et décision :  
statistiques sanitaires**

## **Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les statistiques sanitaires : renforcement des systèmes statistiques permettant de suivre les objectifs de développement durable en matière de santé**

### **Note du Secrétaire général**

Conformément à la décision 2021/224 du Conseil économique et social et aux pratiques établies, le Secrétaire général a l'honneur de transmettre le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui présente un aperçu des activités actuellement menées sur les statistiques sanitaires dans le cadre du suivi mondial de l'objectif de développement durable relatif à la santé et des autres objectifs en matière de santé. La Commission est invitée à exprimer ses vues et à donner des conseils sur la marche à suivre adoptée par l'OMS dans la mise au point de ses données sanitaires et le renforcement de son savoir-faire en matière de statistique, en vue de la réalisation des objectifs susmentionnés, en partenariat avec les organismes nationaux de statistique, les ministères de la santé, les autres organismes compétents des Nations Unies et les experts.

Le présent rapport fait le point sur quelques-uns des changements les plus importants en cours à l'OMS en matière de données et de statistiques, notamment : la création d'un nouveau Centre des systèmes d'information géographique pour la santé, d'une unité Systèmes d'information sanitaire et d'une unité Suivi de l'équité dans la santé ; l'élaboration d'une nouvelle enquête mondiale modulaire sur la santé ; un indice composite révisé et actualisé de la couverture sanitaire universelle ; le nouveau Centre mondial de données sanitaires ; le lancement de la onzième révision de la Classification internationale des maladies. En outre, l'OMS souligne le caractère novateur du travail accompli en collaboration avec le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat sur la modélisation des estimations de la surmortalité pour chaque État Membre en relation avec la maladie à coronavirus (COVID-19), ventilée par sexe et par âge. Elle fournit également des informations sur

\* [E/CN.3/2022/1](#).



la déclaration publiée lors du Sommet sur la gouvernance des données sanitaires et sur les principes de partage des données. Enfin, l’OMS informe la Commission de son intention d’inaugurer une nouvelle conférence internationale sur les statistiques sanitaires.

# Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les statistiques sanitaires : renforcement des systèmes statistiques permettant de suivre les objectifs de développement durable en matière de santé

## I. Introduction et contexte

1. À sa cinquante et unième session, la Commission de statistique a pris note du rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) donnant un aperçu des travaux en cours en matière de statistiques sanitaires (E/CN.3/2020/16).

2. Depuis la publication du précédent rapport, la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a plongé le monde dans la tourmente, illustrant de façon extrêmement limpide l'importance d'une bonne santé et de bonnes statistiques sanitaires. À la fin du mois de juin 2021, soit 18 mois après le début de la pandémie, plus de 181 millions de personnes avaient contracté la maladie et quelque 3,9 millions de décès lui étaient directement imputables. Il importe de relever que, selon les estimations, 6 millions de décès supplémentaires lui sont indirectement attribuables. Au moment de la rédaction du présent rapport, à la mi-novembre 2021, le nombre de cas cumulés s'élevait à 255 millions et le nombre de décès directement attribuables à la COVID-19 s'élevait à plus de 5 millions. Il est probable que l'incidence réelle du virus soit fortement sous-estimée.

3. La pandémie a renforcé l'urgence de disposer en temps voulu de statistiques fiables pour assurer le suivi des objectifs de développement durable associés à la santé, éclairer les décisions de principe, anticiper les évolutions futures en matière de santé et se préparer à elles, et observer l'effet des interventions. Les systèmes de santé, comme la plupart des systèmes statistiques, n'étaient pas préparés à une telle crise. Si la pandémie a mis à l'épreuve les systèmes d'information statistique et sanitaire les plus modernes, elle a surtout posé de graves problèmes aux pays à revenu faible ou intermédiaire.

4. Une nouvelle Division Données, analyse et résultologie a été créée en 2019 dans le cadre du programme de transformation déployé par l'OMS pour contribuer à renforcer ses données et ses statistiques, ainsi que pour accroître et mieux coordonner l'aide apportée aux pays. Cette nouvelle Division a travaillé d'arrache-pied à l'amélioration de la gouvernance des données et des mécanismes de partage des données dans l'ensemble de l'organisation, notamment en organisant un sommet sur la gouvernance des données sanitaires en deux parties en 2021<sup>1</sup>. De récents rapports, tels que *Statistiques sanitaires mondiales 2021 (World Health Statistics 2021)*<sup>2</sup>, *Suivi de la couverture sanitaire universelle : Rapport de suivi mondial 2021*<sup>3</sup> (*Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*, produit conjointement avec la Banque mondiale et l'Organisation de coopération et de développement économiques) et *État des inégalités : VIH, tuberculose et paludisme (State of Inequality: HIV, Tuberculosis and Malaria)*<sup>4</sup>, mettent tous en évidence les progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé entre 2000 et 2019. Il importe de relever le fait que l'amélioration de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance a été particulièrement notable dans les pays à faible revenu, témoignant des progrès remarquables accomplis par ces pays dans la réduction de la mortalité infantile et des grandes maladies transmissibles. La baisse constante des

<sup>1</sup> Cf. [www.who.int/data/events/health-data-governance-summit/introduction](http://www.who.int/data/events/health-data-governance-summit/introduction).

<sup>2</sup> Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.

<sup>3</sup> Disponible à l'adresse suivante : [www.who.int/publications/i/item/9789240040618](http://www.who.int/publications/i/item/9789240040618).

<sup>4</sup> Disponible à l'adresse suivante : [www.who.int/publications/i/item/9789240039445](http://www.who.int/publications/i/item/9789240039445).

suicides, des homicides, des empoisonnements involontaires et des décès dans des accidents de la route est également notable. Toutefois, les rapports mettent également en évidence les risques posés par la COVID-19 susceptibles de saper ou d'inverser ces progrès et soulignent les obstacles préjudiciables au progrès que constituent les inégalités persistantes en matière de santé au sein des pays et entre eux. En particulier, l'absence d'enregistrement des événements marquants de la vie, tels que les naissances et les décès, persiste dans de nombreuses régions du monde, ce qui porte atteinte aux droits humains et sape les tentatives visant à donner un caractère officiel aux statistiques relatives à l'économie et aux statistiques sanitaires. En novembre 2021, l'OMS a organisé un séminaire de deux jours pour souligner l'importance des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil et la nécessité de donner une priorité accrue aux travaux visant à améliorer l'enregistrement des faits d'état civil.

5. Un rapport de la première évaluation mondiale de l'état et de la capacité des systèmes de données et d'informations sanitaires dans 133 pays (couvrant 87 % de la population mondiale), connue sous le nom de SCORE (« Survey, count, optimize, review, enable », soit « Enquêter, compter, optimiser, analyser, permettre »)<sup>5</sup>, a été publié en 2020. Dans ce rapport, des lacunes ont été relevées et des orientations en matière d'investissement définies dans les domaines qui auront le plus d'incidence sur la qualité, la disponibilité, l'analyse, l'accessibilité et l'utilisation des données. De façon plus globale, ce rapport inclut également une estimation de l'aide nécessaire pour aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire de routine<sup>6</sup>. Ce rapport a clairement mis en évidence le fait que, dans de nombreux pays du monde, les données administratives provenant des systèmes d'information sanitaires ne sont pas saisies ou utilisées, en raison notamment de la mauvaise qualité de l'architecture de données, de la faible utilisation d'éléments d'identification communs et d'un manque de numérisation. À la suite d'une consultation mondiale organisée début septembre 2021, l'OMS, en collaboration avec les partenaires de la collaboration sur les données de santé<sup>7</sup>, a élaboré une stratégie mondiale pour optimiser les systèmes d'information sanitaire de routine dans ces pays en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. Cette stratégie décrit une procédure pouvant être adaptée aux circonstances de chaque pays et recense les ressources techniques disponibles pour la consolidation des systèmes d'information sanitaire de routine. Il indique également comment l'OMS collaborera avec ses partenaires aux niveaux mondial, régional et national pour aider les pays à consolider et à renforcer la capacité de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire de routine. L'objectif de cette stratégie est d'aider les pays à élaborer leurs propres stratégies pour améliorer la capacité de leurs systèmes d'information sanitaire de routine en vue de la prochaine évaluation mondiale SCORE en 2025 et ultérieurement. L'OMS mène actuellement des discussions avec les États membres pour déterminer quelle sera la première cohorte de pays dans lesquels la stratégie sera mise en œuvre.

## II. Mise en place de nouvelles unités

6. Le Département Données et analyse a été restructuré fin 2021. L'objectif de certaines unités a été clarifié et, surtout, trois nouvelles unités spécialisées ont été créées. Le raisonnement suivi est décrit dans les paragraphes qui suivent.

<sup>5</sup> Cf. [www.who.int/data/data-collection-tools/score](http://www.who.int/data/data-collection-tools/score).

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé, document A74/8.

<sup>7</sup> Cf. [www.healthdatacollaborative.org](http://www.healthdatacollaborative.org).

## A. Centre des systèmes d'information géographique pour la santé

7. L'OMS a créé un nouveau Centre des systèmes d'information géographique pour la santé destiné à épauler divers programmes au sein de la structure ainsi que ses États Membres dans le domaine des systèmes d'information géographique et de la cartographie. Le Centre a pour mission d'aider les pays à prendre des décisions éclairées en matière de santé publique, ce qu'il fait en connectant les cartes, les applications, les données et les personnes. Par l'intégration des systèmes d'information géographique et des statistiques, on vise à encourager l'innovation dans les approches et les lots de données, contribuant à éclairer les décisions tant dans la pratique courante que lors des urgences sanitaires (en cartographiant les cas et l'administration des vaccins, en collectant des échantillons, en intégrant la cartographie sanitaire à la géographie locale, en explorant les schémas spatiaux dans les zones de déclaration des cas, etc.).

8. Dans sa stratégie, le Centre envisage les huit résultats suivants : a) adoption d'approches et de compétences techniques modernes et adaptées pour remplir sa mission au mieux ; b) apport de précisions et amélioration de la collaboration concernant les décisions stratégiques, avec l'appui de la géo-intelligence ; c) renforcement des capacités des régions et des États Membres de l'OMS à tirer parti des méthodes et des ressources géospatiales éprouvées pour l'obtention de résultats sanitaires ; d) réduction, autant que faire se peut, des coûts de transaction pour les régions et les États Membres de l'OMS qui cherchent à s'ouvrir aux technologies géospatiales ; e) conclusion de partenariats techniques intéressants et de plans de mise en œuvre des engagements communs ; f) établissement d'une autorité sur les technologies géospatiales pour la santé mondiale, en adoptant des approches conscientes qui ne laissent personne de côté ; g) optimisation des opérations et l'accélération du déploiement ciblé des ressources ; h) amélioration de la gouvernance des données géospatiales, atténuation des risques et mise en conformité.

9. Les thèmes de recherche proposés pour le Centre sont les suivants : mégadonnées, intelligence artificielle et apprentissage automatique, production participative (« crowd sourcing »). L'utilisation des mégadonnées et de la production participative (notamment en ce qui concerne l'imagerie satellitaire) aidera le Centre à mieux aborder des questions telles que la cartographie des populations spatiales ainsi que l'observation des conflits et des atteintes à la sécurité dans le monde, et de leur incidence sur les infrastructures sanitaires et les populations touchées. Le Centre jouera également un rôle pionnier dans : l'utilisation de l'imagerie satellitaire et du renseignement géospatial ; l'utilisation de drones pour la livraison de vaccins et d'autres fournitures d'urgence, et pour le retour des échantillons collectés aux laboratoires pour les tests ; les techniques de télédétection pour le comptage des sépultures afin de confirmer le taux de mortalité ; l'élaboration, l'expérimentation et la mise en œuvre de nouveaux outils de gestion des connaissances et de formation pour le Centre. Les bureaux de pays de l'OMS, en partenariat avec les ministères de la santé, sollicitent constamment les conseils, les documents et les formations du Centre, ce qui permettra de mieux répondre à ces demandes. L'évaluation de la recherche et la coordination avec les organismes des Nations Unies permettront à l'OMS d'évaluer les derniers outils conçus pour les appareils mobiles et les nouveaux logiciels d'enquête, et d'élargir le champ des connaissances dans les technologies émergentes. Cela permettra également d'améliorer les capacités en matière de synthèse de recherche et de méta-analyse de la recherche primaire dans le domaine des systèmes d'information géographique pour la santé et le développement.

## B. Unité Équité et santé

10. Le principe consistant à ne laisser personne de côté est au cœur du programme des objectifs de développement durable ; celui de servir les populations vulnérables est une pierre angulaire du treizième programme général de travail de l'OMS<sup>8</sup>. La pandémie de COVID-19 a non seulement mis en évidence les inégalités socioéconomiques et géographiques en matière de santé, mais elle a également interrompu (voire annulé) les progrès réalisés dans les pays en vue de la réduction des inégalités dans le domaine de la santé. Dans cette optique, et afin de renforcer les capacités de l'OMS dans ce domaine, une nouvelle unité Équité et santé a été créée au sein du Département Données et analyse. Cette nouvelle unité élargira la portée des analyses actuelles.

11. Le travail de l'OMS sur la surveillance des inégalités en matière de santé est axé sur la mise en place et l'amélioration d'un ensemble d'outils et de ressources à destination des pays ; la production et la diffusion de données probantes sur les inégalités en matière de santé à l'échelle mondiale et nationale ; le renforcement des capacités de surveillance de l'équité dans les États Membres afin de contribuer aux politiques, programmes et pratiques de santé destinés à favoriser l'équité. En collaboration avec le Centre international pour l'équité en matière de santé, l'OMS a actualisé la plateforme de suivi de l'équité en santé<sup>9</sup>, qui est une vaste base de données sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et postinfantile, ventilées par caractéristiques pertinentes, dont les profils d'équité des pays associés<sup>10</sup>. Elle a également lancé de nouvelles versions du Health Equity Assessment Toolkit (HEAT et HEAT Plus)<sup>11</sup>, un logiciel permettant l'évaluation des inégalités nationales en matière de santé. En collaboration avec l'Oxford Poverty and Human Development Initiative, l'OMS a mis au point un nouvel instrument de mesure de l'état de privation socioéconomique permettant d'observer les inégalités multidimensionnelles en matière de santé. Cet état sera inclus comme nouvelle dimension de l'inégalité dans le rapport d'actualisation 2022 de la plateforme de suivi de l'équité en santé.

12. En décembre 2021, l'OMS et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont publié un rapport conjoint intitulé *State of Inequality: HIV, Tuberculosis and Malaria*, la première analyse mondiale systématique de l'état des inégalités face à ces trois maladies et de leur évolution au cours de la décennie précédente, qui met en évidence les possibilités d'action supplémentaire pour la réduction des inégalités. En outre, l'OMS a fait plusieurs études aux niveaux mondial et national sur les inégalités sanitaires en matière de vaccination, portant notamment sur les inégalités entre les différentes régions d'un pays<sup>12</sup>, les obstacles qui se posent aux femmes et la distance par rapport aux établissements de santé. L'OMS continue d'organiser des ateliers de formation à l'intention des États membres afin de renforcer les capacités en matière de suivi de l'équité et d'élaborer des moyens de formation. En décembre 2021, elle a publié une nouvelle ressource, intitulée *Inequality monitoring in sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: a step-by-step manual*, et a lancé des formations en ligne sur la surveillance des inégalités en matière de santé, notamment dans le domaine de la vaccination.

<sup>8</sup> Cf. [www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023](http://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023).

<sup>9</sup> Cf. [www.who.int/data/gho/health-equity](http://www.who.int/data/gho/health-equity).

<sup>10</sup> Cf. [www.who.int/data/gho/health-equity/country-profiles](http://www.who.int/data/gho/health-equity/country-profiles).

<sup>11</sup> Cf. [www.who.int/data/gho/health-equity/assessment\\_toolkit](http://www.who.int/data/gho/health-equity/assessment_toolkit).

<sup>12</sup> Katherine Kirkby *et al.*, « Subnational equalities in diphtheria-tetanus-pertussis immunization in 24 countries in the African region », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 99, n° 9 (septembre 2021), p. 627 à 639.

## C. Unité Systèmes d'information sanitaire

13. L'importance des données secondaires, notamment des données administratives, est bien comprise par les statisticiens nationaux. Un grand volume de données secondaires sur la santé existe potentiellement dans les systèmes d'information sanitaire de routine. Cependant, une grande partie de ces données n'est pas exploitée ou utilisée. Le premier rapport mondial d'évaluation SCORE (2020) a illustré l'ampleur du problème, tout en décrivant comme une action et un besoin prioritaires l'aide aux pays pour renforcer leurs systèmes d'information sanitaire de routine. La nécessité cruciale de disposer de données fiables et actualisées au niveau national est devenue encore plus évidente au cours de la pandémie de COVID-19. L'unité Systèmes d'information sanitaire a été créée pour œuvrer avec les États Membres au renforcement de leurs systèmes d'information sanitaire de routine, de sorte que l'élaboration des politiques puisse tirer parti de cette potentielle richesse des données.

14. Cette unité, en collaboration avec les partenaires du projet de collaboration sur les données sanitaires, a élaboré une stratégie mondiale pour optimiser les systèmes d'information sanitaire de routine dans ces pays en vue de la réalisation de la couverture médicale universelle et des soins de santé primaires. La stratégie définit une procédure pouvant être adaptée à chaque pays et recense diverses ressources techniques actuellement disponibles pour renforcer les systèmes d'information sanitaire de routine, avec pour principal moteur l'utilisation des données. Il indique également comment l'OMS collaborera avec ses partenaires aux niveaux mondial, régional et national pour aider les pays à affermir la capacité de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire de routine. L'objectif est que les pays aient amélioré cette capacité d'ici la prochaine évaluation mondiale SCORE, en 2025. L'OMS mène des discussions avec les États Membres pour déterminer quelle sera la première cohorte de pays dans lesquels la stratégie sera mise en œuvre en 2022.

## III. Autres faits nouveaux

15. Plusieurs importants faits nouveaux sont résumés ci-dessous et intéresseront les membres de la Commission statistique.

### A. Enquête sur la santé dans le monde, version Plus

16. L'Enquête sur la santé dans le monde, version Plus est une initiative de production de données dirigée par l'OMS qui vise à aider les pays et l'Organisation à mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable associés à la santé et d'autres sujets d'intérêt pour la santé publique. Sa conception modulaire flexible, qui lui permet de tirer parti des programmes d'enquêtes sur les ménages nationaux et multinationaux existants, a été fondée sur des méthodes scientifiquement robustes, tout en intégrant des approches innovantes pour saisir et diffuser les données sanitaires nécessaires à une prise de décisions éclairée concernant les politiques et les programmes, et de suivre les progrès accomplis.

17. La première consultation technique d'experts à propos de cette enquête s'est tenue en ligne en avril 2021 et a permis de définir le calendrier du nouveau programme d'enquête. Son succès dépend essentiellement de la collaboration avec l'OMS des ministères de la santé, des bureaux nationaux de statistiques, des bailleurs de fonds et d'autres organisations partenaires. Cette interaction est essentielle pour éviter les doublons inutiles dans l'enquête ; elle fait fond sur les forces et les

partenariats existants en matière de collecte de données, et constitue une action efficace.

18. L'OMS travaillera en étroite collaboration avec d'autres organisations internationales par l'intermédiaire du Groupe de travail intersecrétariats sur les enquêtes auprès des ménages pour trouver le meilleur moyen d'aider les pays à intégrer l'Enquête dans leurs enquêtes existantes, afin de réduire autant que faire se peut la charge qu'elle représente et de combler autant de lacunes que possible dans les données. Il est prévu de mettre à l'essai les modules de l'Enquête dans un certain nombre de pays en 2022 afin d'évaluer ces questions. Là où il existe déjà des enquêtes continues sur la santé des ménages ou autres, il est possible d'envisager l'inclusion dans celles-ci de certains modules complémentaires de l'Enquête, avec une assistance technique et un partenariat appropriés.

## **B. Centre mondial de données sanitaires**

19. Le Centre mondial de données sanitaires a été mis sur pied pour répondre aux demandes des États Membres de l'OMS qui souhaitent : résoudre la fragmentation des données en consolidant les dépôts de données, les portails et les ensembles de données de l'OMS ; réduire la charge de la collecte des données pour les pays ; renforcer les capacités des pays en matière de systèmes d'information sanitaire et de données ; surveiller les cibles du triple milliard qui sont au cœur du treizième programme de travail de l'OMS et les objectifs de développement durable associés à la santé en fournissant des données fiables, exploitables, et communiquées en temps opportun.

20. Le Centre est destiné à faire correspondre sans discontinuité les relations complexes entre les tableaux de bord, les visualisations et les données de base. Les données comprennent des indicateurs, des ensembles de données, des métadonnées, des microdonnées, des méthodes et des instruments de collecte. Les utilisateurs bénéficient d'une transparence totale concernant le parcours des données, de la collecte à la visualisation. Ils peuvent accéder aux données et les parcourir en empruntant plusieurs itinéraires, ce qui permet de créer des thèmes et des tableaux de bord personnalisés. En proposant un système dynamique et commun, le Centre met en œuvre l'épine dorsale des canaux de publication, des observatoires de l'OMS et des portails de données. Les programmes techniques, les bureaux régionaux, les bureaux de pays et les partenaires de l'OMS disposeront de leur propre espace pour rassembler, conserver et publier des tableaux de bord, des informations et des données.

21. Le Centre se compose des principaux éléments suivants : a) le portail national, un système qui rationalise et suit les opérations de consultation et de collecte de données ; b) le lac de données, un ensemble de services en nuage qui permettent aux équipes techniques de l'OMS d'acquérir, de partager et de collaborer avec des ressources, des outils et des codes de données communs ; c) data.who.int, un site de diffusion de données simplifié pour toutes les ressources de données disponibles de l'OMS, qui optimise la facilité d'utilisation, l'accessibilité et la facilité de découverte, tout en fournissant un référentiel unique pour les lots de données.

22. La première version du système complet est prévue pour le deuxième trimestre de 2022 ; de son côté, le portail national est déjà utilisé pour les activités de consultation, et les composants du lac de données sont déjà exploités par certaines équipes techniques. L'OMS passera du mode de mise en œuvre au mode opérationnel de l'initiative au cours des premier et deuxième trimestres de 2022 et commencera à apporter des améliorations itératives aux fonctionnalités en fonction des besoins à partir du troisième trimestre de 2022.



## C. Révision de l'indice de couverture sanitaire universelle

23. Dans le cadre de ses cibles du triple milliard, l'OMS établit un indice de la couverture sanitaire universelle. D'un point de vue conceptuel, il s'agit d'un sujet assez complexe pouvant être abordé sous différents angles. L'indice actuel a été établi rapidement, et des questions subsistent quant à sa fiabilité. Par conséquent, en 2022, l'OMS a l'intention d'organiser une concertation mondiale sur le cadre conceptuel le plus approprié pour un indice. Par la suite, il est prévu de redéfinir l'indice en vue de le présenter au Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable dans le cadre de l'examen complet de 2025, en vue de son adoption. Dans le même ordre d'idées, en ce qui concerne la mesure de la santé des populations (qui est le deuxième volet des cibles du triple milliard), une démarche similaire sera adoptée, à savoir une concertation mondiale, suivie de la définition d'un nouvel indice composite.

## D. Classifications

24. Les statistiques sanitaires nationales et l'enregistrement à des fins cliniques et administratives sont fondés sur la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, conformément aux règles de nomenclature de l'OMS. La onzième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, suite à son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019. On compte 157 pays à différents stades de préparation pour la CIM-11. Certains n'en sont qu'à l'étape des connaissances de base, d'autres produisent déjà des données complètes. Plusieurs pays ayant adopté la CIM-11 ont commencé à produire des données, ont procédé à un déploiement national pour la mortalité et la morbidité, ou ont mené des projets pilotes nationaux en préparation de sa mise en œuvre. L'outil de codage CIM-11, associé à un certificat électronique de cause de décès ou à des dossiers médicaux, a considérablement facilité le codage de la collecte de causes de décès ou de maladies. Les expériences des premiers adoptants ont fourni des contributions précieuses pour l'actualisation de la CIM-11.

25. La version actuelle a intégré les dénominations communes internationales, la classification anatomique, chimique et thérapeutique et la classification de la posologie quotidienne des médicaments, tous les éléments de la classification internationale des causes externes de lésions, les éléments de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie et quelque 2 000 propositions émanant des premiers adoptants et du monde scientifique. Quelque 20 000 synonymes ont été ajoutés, encourageant d'autant plus l'utilisation de la CIM-11. Les versions en anglais, en arabe, en chinois et en espagnol ont été publiées, et les versions en français et en russe suivront d'ici la fin de l'année 2021. Des versions dans 20 autres langues sont à différents stades de traduction et seront disponibles sur la même plateforme unifiée.

26. L'OMS préparera ses résultats statistiques conformément à la CIM-11 à partir de 2022. Les données antérieures peuvent être converties en CIM-11 au moyen des tables de transition disponibles. Un ensemble de codes CIM-11 sert à noter les cas de COVID-19, l'exclusion de la COVID-19, les cas post-COVID-19 (« COVID long »), la situation vaccinale concernant la COVID-19 et les vaccins contre elle. Avec les codes de la classification de l'OMS pour les interventions en santé (Classification internationale des interventions en santé), le lot de données sert aussi de référence pour le certificat international de COVID-19. Les indicateurs des objectifs de développement durable associés à la santé ont été mis en correspondance avec la CIM-11. La CIM-11 et tous les documents s'y rapportant sont disponibles sur le site

<https://icd.who.int>. On y trouve notamment des guides pour la mise en œuvre, des documents de formation et des instructions techniques pour l'intégration de l'interface de programmation d'applications et de l'outil de codage dans tout environnement numérique, localement ou en ligne.

27. La classification internationale des interventions en santé a été parachevée pour les interventions cliniques et d'infirmier. Elle est déjà utilisée dans plusieurs pays. Les composantes des interventions de fonctionnement seront parachevées en 2021. On procède actuellement à la désignation des réviseurs et à la rédaction de la contribution finale aux interventions en santé publique ; la publication finale officielle est prévue pour 2022. Une version numérique actualisée de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé a été publiée. Toutes les classifications de l'OMS mentionnées ci-dessus sont à présent conservées sur la même plateforme, dotées des mêmes codes d'extension (terminologie) pour plus de précisions, et utilisent la même technologie pour leur traduction, leur codage, leurs propositions et leur interface logicielle.

## **E. Surmortalité liée à la maladie à coronavirus 2019**

28. En février 2021, en collaboration avec le Département des affaires économiques et sociales, l'OMS a réuni un groupe technique consultatif pour l'estimation de la mortalité due à la COVID-19 afin de donner des conseils concernant l'élaboration de méthodes analytiques permettant d'estimer la surmortalité dans tous les pays<sup>13</sup>. Ce groupe est composé de démographes, d'épidémiologistes, de spécialistes des données et des sciences sociales et de statisticiens et statisticiennes de premier plan, issu(e)s d'horizons et de régions divers.

29. Le groupe de travail 1 du Groupe consultatif technique, chargé de l'estimation de la surmortalité mondiale, notamment découlant de la COVID-19, a expérimenté plusieurs modèles statistiques et, après en avoir évalué la performance, l'interprétabilité et l'extensibilité, a proposé un modèle de régression de Poisson (paramétré pour tenir compte de la surdispersion) permettant de prédire le nombre total de décès toutes causes confondues pour 2020 et le premier semestre 2021, conditionné par le nombre de décès mensuels attendus sur la période et par un paramètre de taux relatif prédit, modélisé à l'aide de variables propres à chaque pays. Ce modèle a été utilisé par l'OMS pour générer des estimations pour les pays et les régions de l'OMS pour lesquels des données d'entrée adéquates étaient disponibles pour une inférence fiable et pour produire des estimations pour les pays ne disposant pas de données. Outre la détermination des taux de surmortalité attribuables à la COVID-19 pour 2020 et 2021, les connaissances du Groupe consultatif technique sont également mises à profit pour élaborer des méthodes permettant de ventiler le nombre estimé de décès en excès en fonction de l'âge et du sexe.

30. Les données sur la mortalité permettant de calculer les décès effectifs en temps réel ne sont disponibles que dans un sous-ensemble de pays dans lesquels les systèmes de notification fonctionnent efficacement, tandis que les jeux de données antérieurs permettant de calculer les décès attendus sont souvent incomplets. De nombreux pays n'ont pas la capacité de surveillance de la mortalité nécessaire pour générer et collecter des données en temps voulu ; du fait de ces lacunes dans les données, la surmortalité ne peut pas être calculée pour tous les pays au moyen de méthodes standard. Le travail du Groupe consultatif technique a été crucial pour déterminer une

---

<sup>13</sup> Le mandat des cinq groupes de travail du Groupe consultatif technique est présenté à la Commission de statistique pour sa cinquante-troisième session aux paragraphes 8 à 12 du rapport du Secrétaire général sur la mise en œuvre du Programme des Nations Unies relatif à l'identité juridique : enregistrement des faits d'état civil et statistiques de l'état civil (E/CN.3/2022/9).

méthode permettant de modéliser la surmortalité lorsque les données sont indisponibles ou incomplètes. Cette méthode est toujours en cours d'élaboration, et continuera d'être révisée à mesure de la disponibilité de nouvelles données et de la poursuite de la prise en compte des commentaires des États Membres.

31. Une concertation a été menée de septembre à novembre 2021 au niveau des pays. Les États Membres ont été invités à désigner des coordonnateurs et coordonnatrices, et priés d'examiner les résultats, les sources de données et les méthodes utilisées pour produire les estimations ; Il leur a également été demandé de fournir des conseils sur les sources de données primaires qui n'avaient peut-être pas été signalées auparavant et de communiquer les jeux de données qui n'étaient pas disponibles auparavant. En outre, une série de webinaires régionaux et de réunions d'information individuelles ont été organisés pour présenter les estimations et la méthode à suivre, et répondre aux questions.

32. Les estimations de surmortalité corrélées à la COVID-19 faites par l'OMS, publiées en décembre 2021, fournissent un ensemble complet et comparable d'estimations par pays de janvier 2020 à juin 2021. Les estimations pour 2020 comprenaient une ventilation en fonction du sexe et de l'âge. Ces estimations devraient être terminées d'ici juin 2022.

## **F. Sommet sur la gouvernance des données sanitaires**

33. En 2021, l'OMS a organisé un sommet sur la gouvernance des données sanitaires en deux parties<sup>14</sup>. Ce sommet a été motivé en partie par la situation découlant de la pandémie de COVID-19, mais plus généralement par le volume croissant de données sanitaires et de données associées à la santé générées dans le monde entier, qui accélère également la tendance à la numérisation de la santé. La hausse de la demande de données<sup>15</sup> et de statistiques sanitaires<sup>16</sup> a fait ressortir des problèmes de longue date en matière de gouvernance des données, notamment les questions de droit de propriété intellectuelle, les inégalités en matière d'accès aux données et de capacité, de disponibilité et de partage des données (y compris au niveau transfrontalier, en raison des différences en matière de protection, de réglementation et d'interprétation des données), d'utilisation, de réutilisation, de stockage et de partialité dans l'analyse des données et leur éventuelle utilisation à des fins abusives. Les lacunes persistantes en matière de données et les approches fragmentées de la gouvernance des données sanitaires dans différents contextes constituent un obstacle majeur à l'utilisation des données en tant que bien public mondial, et engendrent un manque de pollinisation croisée des données tirées des systèmes d'information et de la recherche en santé. Les données sanitaires constituent à la fois un atout stratégique et un bien public, dont la gestion nécessite une coopération et une direction aux niveaux mondial et national pour remédier à leur fragmentation.

34. Voici quelques-uns des principaux points de la déclaration publiée à l'issue du sommet<sup>17</sup> : a) des données sanitaires de haute qualité sont essentielles pour éclairer les politiques, les budgets et les plans en vue d'améliorer l'accès à la santé et les retombées à cet égard et d'accélérer les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs

<sup>14</sup> Cf. [www.who.int/data/events/health-data-governance-summit/introduction](http://www.who.int/data/events/health-data-governance-summit/introduction).

<sup>15</sup> Éléments, caractéristiques ou informations uniques élémentaires, souvent non traités, qui constituent des ensembles de variables quantitatives ou qualitatives.

<sup>16</sup> Des données numériques qui ont été organisées par des opérations mathématiques en accord avec les cadres conceptuels.

<sup>17</sup> Cf. [www.who.int/news-room/articles-detail/health-data-as-a-global-public-good-a-call-for-health-data-governance-30-september](http://www.who.int/news-room/articles-detail/health-data-as-a-global-public-good-a-call-for-health-data-governance-30-september).

de développement durable ; b) les données sanitaires doivent être collectées, partagées et conservées conformément aux normes approuvées au niveau international et utilisées de manière éthique et équitable ; c) un nouveau consensus mondial sur la gouvernance des données sanitaires, étayé par un ensemble de principes directeurs, est nécessaire pour faire en sorte que ces données constituent un bien public mondial et pour définir les bonnes pratiques en matière de gouvernance des données afin d'améliorer la santé, en particulier pour les populations laissées pour compte.

35. Le sommet a renforcé le besoin de coopération et de dialogue pour sécuriser les données sanitaires en tant que bien public mondial, et pour harmoniser l'appui aux bonnes pratiques et aux principes définis en matière de gouvernance des données de santé. Le fait de considérer les données sanitaires comme un bien public mondial, d'adhérer à des normes internationales et d'être régi par de bonnes pratiques contribuera à instaurer la confiance afin d'optimiser les avantages et de réduire les inconvénients. Un cadre de gouvernance des données devrait aider et renforcer les personnes et les populations afin qu'elles aient le contrôle de leurs propres données de santé et en bénéficient. Cela peut se faire en clarifiant et en renforçant les protections juridiques contre l'utilisation abusive des données sanitaires et en aidant les populations à cocréer des mécanismes d'intendance et de responsabilité concernant les données sanitaires.

36. En convoquant ce sommet, l'OMS atteste de ce que les données permettant d'améliorer les résultats en matière de santé proviendraient de sources multiples et que les données sanitaires devaient être intégrées dans des pratiques de gouvernance des données multisectorielles plus globales afin de créer des synergies, de découvrir de nouvelles idées ou de concevoir de nouvelles applications. Elle atteste également de ce que les données ont le pouvoir de changer les vies et de transformer la société. Le fait de comprendre les données sanitaires et d'agir sur elles peut permettre d'améliorer la santé et le bien-être, d'assurer une couverture sanitaire universelle et de fournir une protection contre les urgences. C'est pourquoi l'OMS s'engage à favoriser la concrétisation de cette vision commune par la direction et les ressources collectives d'une communauté de données multisectorielle et multipartite ; affirme la nécessité d'une collaboration et d'un dialogue mondiaux sur les données sanitaires dans tous les secteurs, afin de mettre en place un apprentissage et des pratiques partagés ; appelle les États Membres et l'ensemble des acteurs, y compris la société civile et le secteur privé, à coopérer pour élaborer et adopter un cadre commun et des bonnes pratiques de gouvernance des données, étayés par un ensemble de principes unificateurs à l'échelle mondiale qui s'appuient sur les principes de l'OMS en matière de données ou les adaptent. Ces actions devraient permettre aux données sanitaires d'être reconnues comme un bien public mondial.

## **G. Conférence internationale sur les statistiques sanitaires**

37. L'OMS a l'intention d'inaugurer une nouvelle conférence internationale sur les statistiques sanitaires. La première session est provisoirement prévue pour le troisième trimestre de 2023, mais il faudra prendre plusieurs mesures importantes avant que la date ne puisse être confirmée. Il est prévu que la conférence soit axée sur les pays, les États Membres étant représentés par les ministères de la santé et les instituts nationaux de la statistique. L'objectif général de la conférence sera de fournir un mécanisme permettant d'améliorer la coordination et la communication avec les États Membres de l'OMS, et de constituer une plateforme pour l'élaboration et l'adoption de normes internationales pour les statistiques sanitaires. Compte tenu du rôle prévu pour la nouvelle conférence, l'OMS demande la dissolution du Groupe de

travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires, tout en exprimant sa reconnaissance pour le travail accompli jusqu'à présent.

#### **IV. Décisions que la Commission de statistique est invitée à prendre**

38. La Commission est invitée à :

a) exprimer son point de vue sur les activités susmentionnées et les approuver ;

b) dissoudre le Groupe de travail intersecrétariats sur les statistiques sanitaires, tout en exprimant sa reconnaissance pour le travail accompli jusqu'à présent.

---