



Mesure de l'état de santé des populations et notification des données

Rapport du Secrétariat

CONTEXTE

1. La nécessité de pouvoir disposer d'informations fiables en temps opportun sur la santé des populations – élément essentiel du processus d'élaboration des politiques publiques – a été reconnue dès la création de l'OMS. L'article 64 de la Constitution stipule d'ailleurs expressément que « Chaque Etat Membre fournit des rapports statistiques et épidémiologiques selon des modalités déterminées par l'Assemblée de la Santé. » et l'article 65 que « Sur requête du Conseil, chaque Etat Membre doit transmettre, dans la mesure du possible, toutes informations supplémentaires se rapportant à la santé. ».
2. Avant le début des années 80, la notification de données sanitaires par les Etats Membres s'articulait autour de trois grands axes, à savoir les causes de décès, les nouveaux cas de maladies infectieuses, et les effectifs et la répartition du personnel de santé et des établissements de santé dispensant des soins. Suite à l'adoption de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1981 (résolution WHA34.36), un cadre et format communs pour la surveillance des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie ont été élaborés. Les 12 indicateurs mondiaux retenus pour la surveillance de l'état de santé étaient en grande partie fondés sur la mortalité (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle, par exemple) et une seule mesure de l'état de santé (l'état nutritionnel) y figurait. Par la suite, la liste des indicateurs a été étendue à plus de 70 indicateurs spécifiques, dont la prévalence de 12 maladies transmissibles ou troubles nutritionnels.
3. Avec la transition épidémiologique des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles, la mesure des conséquences non mortelles des maladies, en particulier des maladies chroniques et des traumatismes, est apparue comme de plus en plus pertinente aux Etats Membres. Or, on n'a accordé que relativement peu d'attention aux concepts, aux méthodes et aux données nécessaires pour pouvoir intégrer l'appréciation des issues non fatales dans les méthodes utilisées pour mesurer l'état de santé.
4. Le cadre commun pour la surveillance et l'évaluation de la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous permettait de faire rapport sur un grand nombre d'indicateurs, dont beaucoup ne relèvent pas directement du secteur de la santé dans les pays. On a sollicité ainsi de manière importante les ressources limitées généralement allouées à la notification des données sanitaires. Afin de répondre aux besoins en données et informations définis dans ce cadre, les pays étaient souvent contraints de procéder à des

enquêtes supplémentaires qui étaient souvent mal coordonnées, inefficaces et sollicitaient trop les ressources.

5. Si l'on a par la suite reconnu qu'il était important de mettre davantage l'accent sur les issues non fatales dans le cadre de surveillance et d'évaluation, les concepts, la terminologie et les méthodes permettant d'assurer la comparabilité des évaluations de l'état de santé dans différentes populations n'ont pas été bien explicités. De ce fait, les données fournies par les Etats Membres n'étaient comparables ni dans le temps au sein d'une population, ni entre populations. Ce manque de comparabilité a nui à la surveillance et à l'évaluation de l'état de santé aussi bien au niveau national qu'au niveau mondial, et donc à l'application de la résolution WHA35.23.

6. Enfin, le cadre de la santé pour tous, tout en abordant plusieurs aspects précis de la situation sanitaire, n'était pas suffisamment cohérent ou intégré pour permettre la surveillance des progrès des populations en matière de santé. La liste des indicateurs couvrait incontestablement de nombreux éléments importants du processus d'élaboration de la politique sanitaire, mais ne reposait pas sur une définition uniforme de l'efficacité du système de santé. De ce fait, il était souvent difficile de comprendre comment les indicateurs se rattachaient les uns aux autres et lesquels étaient les plus importants, et de juger des progrès de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.

CADRE COMMUN POUR LA NOTIFICATION D'INFORMATIONS SUR LA SANTE DES POPULATIONS

7. Le présent document décrit un cadre commun susceptible d'aider les pays à faire rapport sur leur état de santé, en tenant compte de l'évolution des besoins en matière d'information sanitaire. Il a été rédigé à l'issue d'une vaste consultation des Etats Membres, de groupes d'experts et des réseaux de centres collaborateurs de l'OMS, et à l'issue de plusieurs réunions de l'OMS. Il a par ailleurs fait l'objet d'essais pilotes dans le cadre d'enquêtes (11 enquêtes auprès des ménages, 60 enquêtes postales) organisées dans 71 Etats Membres.

8. Les éléments qui constituent le cadre commun de notification de données sanitaires sont les suivants :

- la famille OMS des classifications internationales ;
- les systèmes opérationnels de collecte de données sur l'état de santé des populations ; et
- les mesures synthétiques de l'état de santé d'une population.

Ces éléments constituent la base de la collecte et de la présentation de données sanitaires utiles et comparables. Il est prévu de les réviser régulièrement pour tenir compte des progrès scientifiques et de l'actualisation des connaissances en matière d'information sanitaire.

9. Il est admis que, pour être complet, un cadre de surveillance des progrès en matière de santé doit comporter des informations sur tous les aspects de la santé des populations, et notamment des données fiables recueillies en temps opportun sur la répartition des facteurs de risque et le niveau d'exposition à ceux-ci. L'OMS a élaboré des principes directeurs et des normes pour mesurer l'exposition des populations aux principaux facteurs de risque et les réviser périodiquement. La portée du cadre proposé ici est donc limitée à la mesure de données relatives à l'état de santé des populations et à leur notification.

La famille OMS des classifications internationales

10. Par le passé, les pays notifiaient principalement des statistiques de mortalité sur la base de la Classification internationale des Maladies (CIM).¹ Cette méthode permettait de déterminer l'espérance de vie et les causes de décès, mais les données recueillies ne donnaient aucune autre indication sur l'état de santé (de la population en vie). Il fallait donc pouvoir disposer d'informations supplémentaires sur la santé de la population. La résolution WHA29.35 a approuvé la publication à titre d'essai d'une classification supplémentaire des incapacités et handicaps, à la suite de quoi l'OMS a publié, en 1980, un instrument de classification des conséquences des maladies – la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH)*. Celle-ci a été expérimentée dans plusieurs pays et un processus de révision a été entamé en 1995 pour traiter divers points, notamment l'emploi de cette Classification comme cadre pour la notification de données relatives à l'état de santé de la population. Au cours des cinq années qui ont suivi, plusieurs centres collaborateurs de l'OMS ainsi que des organisations gouvernementales et non gouvernementales ont pris part à la révision et à l'essai sur le terrain des versions successives. Le titre a été modifié au fil des révisions et il est maintenant proposé de la baptiser Classification internationale des fonctionnalités, incapacités et états de santé.² Dans l'état actuel des choses, la CIH est un membre complémentaire de la famille OMS des classifications internationales. Alors que la CIM fournit les codes relatifs à la mortalité et à la morbidité, la CIH fournit les codes relatifs à l'état de santé des individus.

Systèmes opérationnels de collecte de données sur l'état de santé des populations

11. L'élaboration de la politique sanitaire dans les pays sera considérablement facilitée si l'on dispose de données comparables sur l'état de santé et si elles sont utilisées. Afin d'orienter ce processus, il est essentiel pour les pays de suivre les progrès d'ensemble en matière de santé dans le temps et dans différentes populations de façon comparable. La normalisation des méthodes de mesure adoptées au niveau national se traduira par une meilleure comparabilité internationale et des évaluations plus fiables des besoins de santé prioritaires. Pour aider les Etats Membres à améliorer la comparabilité des données, l'OMS a élaboré un cadre détaillé ainsi qu'un module d'enquête pour la mesure de l'état de santé. Ces instruments ont été conçus pour s'inscrire dans la famille OMS des classifications internationales et ont pour but d'obtenir des informations concrètes pour le calcul des mesures synthétiques de l'état de santé d'une population sous une forme commune aux fins de comparaisons internationales. Les modules et mécanismes d'enquête destinés à assurer une comparabilité des données entre populations pourront être intégrés dans les systèmes de collecte de données des Etats Membres.

Mesures synthétiques de l'état de santé d'une population

12. Afin de faciliter la notification des données, il faut que les Etats Membres puissent disposer de mesures synthétiques normalisées de l'état de santé de la population tenant compte à la fois de la mortalité et des issues non fatales. Pour pouvoir comparer les niveaux de santé et la répartition de la santé dans leur

¹ CIM : *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes*. La Dixième Révision (CIM-10) a été publiée en 1992.

² La version Bêta-1 publiée en 1997 était intitulée : *Classification internationale des déficiences, des activités et de la participation (CIH-2)*. Le titre de la version Bêta-2 de 1999 a été modifié comme suit : *Classification internationale du fonctionnement et de l'incapacité (CIH-2)*. Le nouveau titre proposé est : *Classification internationale des fonctionnalités, incapacités et états de santé (CIH-2)*. Le sigle CIH est conservé, pour des raisons historiques, comme sigle générique de cette Classification.

population, les Etats Membres ont besoin d'une mesure positive : l'espérance de vie en bonne santé. La notification des causes de perte de santé d'une population aux fins de l'élaboration et de l'évaluation éclairées des politiques exige que l'on mesure les écarts de santé. Des recommandations concernant les données nécessaires et les normes communes pour le calcul et la notification des mesures synthétiques ont été élaborées et peuvent être mises à la disposition des Etats Membres.

13. Les définitions et normes proposées dans ce cadre ont été choisies pour faciliter l'évaluation comparative de la santé des populations. En tant que telles, elles ne peuvent pas couvrir tous les aspects d'une définition plus vaste de la santé, qui comprendrait la prévalence et la répartition des facteurs de risque de troubles et traumatismes majeurs.

RECOMMANDATIONS D'UN GROUPE INTERNATIONAL D'EXPERTS

14. Un groupe international d'experts convoqué par l'OMS sur le thème Mesure et classification pour la santé, et composé de membres de toutes les Régions OMS, a formulé les recommandations suivantes.

Normes internationales de notification des données de mortalité et des issues non fatales :

- 1) La CIH-2¹ devrait être approuvée et publiée.
- 2) La famille OMS des classifications internationales devrait être approuvée comme étant un outil valable pour décrire et comparer la santé des populations des Etats Membres sur le plan de la mortalité et de la morbidité (CIM-10) et celui de l'état de santé et des issues connexes (CIH-2).
- 3) Des sous-ensembles opérationnels de domaines sélectionnés à partir de la CIH devraient être définis à diverses fins, y compris pour servir de base à l'instrument d'enquête ou à d'autres méthodes de collecte de données.
- 4) L'OMS devrait tenir à jour et réviser périodiquement la CIH en consultation avec les Etats Membres et les réseaux d'experts compétents, de centres collaborateurs notamment, de façon à garantir la stabilité du système de classification et la prise en compte des connaissances nouvelles.
- 5) Le Secrétariat de l'OMS devrait pouvoir disposer de ressources suffisantes pour tenir à jour et promouvoir les classifications et financer et réaliser les actualisations régulières et révisions périodiques.

Normes de base pour mesurer l'état de santé dans les enquêtes en population :

- 1) L'OMS devrait coordonner l'élaboration et l'application périodique d'un instrument d'enquête commun permettant de mesurer l'état de santé.
- 2) Etant donné l'importance de la comparabilité entre populations dans la notification – en dehors de la validité, de la fiabilité et de l'applicabilité transculturelle des données –, les Etats

¹ Un projet de texte est accessible pour consultation sur le site Web de l'OMS à l'adresse : <http://www.who.int/icidh/> ; des versions imprimées sont disponibles sur demande.

Membres sont encouragés à utiliser une stratégie explicite pour faire de cette comparabilité un élément essentiel de l'instrument commun pour chaque domaine de santé.

3) Le sous-ensemble de domaines fondamentaux de la santé sélectionné à partir de la CIH-2 devrait constituer la base de l'élaboration d'un instrument commun destiné à mesurer l'état de santé lors d'enquêtes périodiques dans la population générale, et il faudrait en permanence s'efforcer de dresser une liste restreinte de domaines.

4) L'OMS devrait réviser périodiquement et actualiser l'instrument d'enquête, en consultation avec les réseaux d'experts compétents, afin de tenir compte de l'expérience acquise dans son application et des progrès scientifiques en matière de mesure de l'état de santé.

Mesures synthétiques de l'état de santé d'une population :

1) Les mesures synthétiques de l'état de santé d'une population, qui associent des informations sur la mortalité et sur les issues non fatales, constituent un instrument utile pour récapituler, surveiller et comparer l'état de santé des populations et comparer l'importance relative des différentes causes de variations. Deux types de mesures synthétiques, à savoir l'espérance de santé et les écarts de santé, sont nécessaires. L'espérance de santé fournit une mesure simple pour comparer l'état de santé des populations. Les écarts de santé fournissent une base simple pour comparer la contribution des différentes causes au niveau de santé d'une population. Il est recommandé :

- a) que les Etats Membres utilisent les mesures synthétiques pour surveiller les niveaux de santé de la population et évaluer la contribution des différentes causes ; et
- b) que le Directeur général fasse rapport chaque année sur les mesures synthétiques de l'état de santé d'une population.

2) Parce qu'il est important de déterminer la répartition de la santé à l'intérieur d'une population, au même titre que le niveau de santé, des mesures synthétiques distinctes devraient être utilisées pour rendre compte du niveau et de la répartition de la santé.

3) Parce que la valeur attribuée à l'état de santé est un élément essentiel de la notification de données relatives à la fois à l'espérance de santé et aux écarts de santé, elle devrait être mesurée dans des échantillons représentatifs de la population dans chaque Etat Membre.

4) L'OMS devrait fournir des avis techniques détaillés aux Etats Membres pour les aider à établir et améliorer les sources de données sur la mortalité, les causes de décès, la morbidité et les issues non fatales.

5) L'OMS devrait, en consultation avec les Etats Membres et les réseaux d'experts compétents, élaborer des principes directeurs et des normes pour calculer les mesures synthétiques de l'état de santé d'une population et les notifier pour faciliter les comparaisons internationales.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

15. Le Conseil exécutif est invité à faire connaître son avis, en particulier en ce qui concerne les recommandations du groupe international d'experts.

= = =