

L'appréciation de la situation sanitaire dans le monde et de ses tendances de 1948 à 1988*

K. Uemura¹

Bien que le programme Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances n'ait été mis en place à l'OMS qu'en 1982, ses deux principales composantes (la surveillance épidémiologique et les statistiques sanitaires) existent en fait dans le cadre de la mission assignée à l'OMS par sa Constitution, depuis la création de l'Organisation il y a quarante ans. Ces activités ont toujours été menées en tenant compte de l'évolution tant de la situation sanitaire dans le monde que des besoins des Etats Membres. Dans les premiers jours de l'OMS, c'est à la normalisation de la terminologie et de la méthodologie statistique qu'est allée la première priorité alors qu'au cours de la deuxième et de la troisième décennie on s'est tourné davantage vers une participation active à la recherche épidémiologique et statistique. Dans l'intervalle, la coopération technique avec les Etats Membres a pris de l'importance. Au cours de la dernière décennie, le programme a été refondu et cette réorientation traduit l'importance de la production et de l'utilisation des données les plus essentielles à l'appui de la gestion des systèmes de santé en vue de la santé pour tous. Un certain nombre de questions demeurent posées pour la décennie à venir et au-delà. Le présent article se propose de faire l'historique des quarante années écoulées en insistant quelque peu sur les aspects recherche et développement.

Introduction

Le Programme OMS Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances a vu le jour en 1982 lors de la fusion de deux programmes—le programme de Statistiques sanitaires et le programme de Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles—qui jusqu'ici avaient constitué un aspect essentiel de la mission de l'OMS définie lors de sa fondation en 1948. De fait, les activités menées en matière de statistiques sanitaires et de surveillance épidémiologique, qui représentaient l'héritage des précurseurs de l'OMS (l'Office international d'Hygiène publique, l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations et la Division Hygiène de l'Administration des Nations Unies chargée des secours et de la réadaptation) sont énumérées comme suit dans l'Article 2 de la Constitution de l'OMS:

"f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistiques";

"g) fournir toutes informations, donner tous conseils et toute assistance dans le domaine de la santé";

* La version originale en anglais de cet article a été publiée dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 66(6):679-687 (1988)

¹ Directeur de la Division de la Surveillance épidémiologique et de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse Les demandes de tirés à part devront être envoyées à cette adresse

"s) établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique".

Les Etats Membres sont soumis à des obligations du même ordre, précisées par les Articles 63 et 64 de la Constitution qui stipulent que "chaque Etat Membre communique rapidement à l'Organisation les lois, règlements, rapports officiels et statistiques importants concernant la santé et publiés dans cet Etat" et que "chaque Etat Membre fournit des rapports statistiques et épidémiologiques selon des modalités à déterminer par l'Assemblée de la Santé".

Ces fonctions statutaires sont toujours à la base des activités du programme dans le domaine de la surveillance épidémiologique et des statistiques sanitaires. Elles ont toujours été assurées en tenant compte de l'évolution d'une part de la situation sanitaire dans le monde et d'autre part des besoins des Etats Membres. La présente relation des événements qui sont intervenus dans ce domaine au cours des quarante années d'existence de l'OMS est consacrée plus particulièrement aux aspects scientifiques du programme et laisse de côté un grand nombre d'études épidémiologiques entreprises par les divers programmes de lutte contre la maladie tels qu'études de morbidité, essais de vaccins sur le terrain, etc.

La première décennie: 1948-1958

Au cours de cette période, la priorité est allée aux missions héritées des précurseurs de l'OMS dont on

a parlé plus haut. En particulier, en 1948, la Première Assemblée mondiale de la Santé :

- 1) a adopté le Règlement N° 1 de l'OMS concernant la nomenclature (y compris la compilation et la publication de statistiques) des maladies et des causes de décès;
- 2) a décidé de faire une synthèse des conventions sanitaires internationales traitant d'une part des transports maritimes et terrestres et d'autre part des transports aériens.

Il en est résulté en 1951 l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Règlement sanitaire international sous forme d'un Règlement OMS N° 2 couvrant six maladies quaranténaires—le choléra, la peste, le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, la variole et la fièvre jaune.^a

Les activités visant à l'élaboration et à l'application du Règlement sanitaire international, à la collecte et à la diffusion de données statistiques sanitaires et épidémiologiques et à la révision de la Nomenclature internationale et de la Classification internationale des maladies et des causes de décès se voyaient ainsi conférer un rang élevé de priorité. Le principal souci des Etats Membres était alors de faciliter la comparaison au niveau international des données statistiques et épidémiologiques recueillies par les pays et communiquées à l'OMS. On considérait donc que la tâche la plus importante à entreprendre par l'OMS pour y parvenir était la normalisation des notions, des définitions, des méthodes et des outils comme la Classification des maladies et des causes de décès. Pour lui faciliter la tâche, l'Assemblée de la Santé avait demandé au Comité OMS d'experts des statistiques sanitaires d'émettre des recommandations sur tous ces points.

A cette époque, un grand nombre des pays africains actuellement indépendants avaient encore un statut colonial; c'est ainsi qu'il n'y avait que trois Etats Membres dans la Région OMS de l'Afrique en 1958 contre 44 plus un membre associé en 1988. Il s'ensuit que la politique de l'Organisation reflétait, plus qu'elle ne le ferait au cours des décennies suivantes, les préoccupations des pays avancés. Pour comprendre la grande, sinon un peu excessive, importance accordée par les Etats Membres à la nécessité de mettre au point et d'utiliser une terminologie, des définitions, des méthodes et des procédures normalisées pour rendre comparables les données communiquées par les différents pays, il faut se replacer dans le contexte politique de l'époque. Le

Comité OMS d'experts des statistiques sanitaires consacra ses travaux à la normalisation dans un certain nombre de domaines tels que les certificats de décès, la cause principale de décès, les statistiques périnatales et les définitions correspondantes, l'enregistrement du cancer et les statistiques hospitalières.

Il est intéressant de noter qu'au cours de la première décennie de l'OMS, un certain nombre d'articles portant sur l'analyse et l'interprétation des données de morbidité et de mortalité communiquées officiellement par les pays à l'OMS, en particulier en ce qui concerne les tendances, furent publiés dans une revue mensuelle, intitulée *Rapport épidémiologique et démographique*. Bien que presque tombées dans l'oubli aujourd'hui, un certain nombre de ces études fournissent encore des références intéressantes sur l'analyse des tendances en matière sanitaire, en particulier lorsqu'on s'intéresse à ces dernières décennies. Tous ces rapports portaient fréquemment sur l'incidence des diverses maladies transmissibles et la mortalité qu'elles déterminent, la mortalité infantile, etc. Comme nombre de pays ne communiquaient pas encore à l'OMS leurs statistiques de mortalité, les seules statistiques de mortalité détaillées que l'on y trouve concernent les pays européens.

Tout au long des quarante années d'activité de l'OMS, on a accordé une priorité élevée à la diffusion rapide de données épidémiologiques concernant, par exemple, la fréquence d'un certain nombre de maladies transmissibles d'intérêt international. Une fois traitées, les données en provenance de différents pays sont communiquées sans délai à l'ensemble des Etats Membres par le canal du *Relevé épidémiologique hebdomadaire* et depuis peu au moyen d'un service automatique de télex.

Parallèlement, on s'est efforcé de conseiller et d'aider les Etats Membres à améliorer leur système de collecte des données épidémiologiques et statistiques et leur communication à l'OMS. Dans un bilan des dix premières années d'activité de l'OMS où était soulignée la nécessité d'une assistance technique en vue du renforcement de la capacité nationale en matière de statistiques sanitaires, on peut même lire que "les pays qui fournissent des informations satisfaisantes, tant sur la fréquence des décès que sur leurs causes, peuvent se compter sur les doigts de la main" (1).

Pour ce qui est de l'aide aux Etats Membres en vue du renforcement de leurs systèmes nationaux d'épidémiologie et de statistiques, les bureaux régionaux de l'OMS se sont retrouvés en première ligne. Au début des années cinquante, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé des budgets annuels qui comportaient des postes de conseillers

^a Ces Règlements ont été révisés et regroupés en 1969 dans le Règlement sanitaire international. Celui-ci a été révisé de nouveau en 1973 pour ce qui concerne le choléra, puis en 1981 à la suite de l'éradication de la variole.

régionaux en statistiques sanitaires, conseillers dont la fonction était essentiellement de fournir aide et conseils aux pays en vue de l'organisation de leurs services de statistiques sanitaires. La mise en place de services de statistiques démographiques et d'état-civil était alors considérée comme prioritaire. On avait d'ailleurs attribué aux conseillers régionaux pour les maladies transmissibles des fonctions analogues en ce qui concerne la surveillance épidémiologique, comme en témoignent les budgets annuels de l'époque. Une série de séminaires et de cours de formation furent organisés afin d'améliorer les statistiques démographiques et sanitaires nationales, ainsi que la surveillance des maladies transmissibles.

Au cours de cette décennie, un certain nombre de projets furent lancés afin de déterminer la prévalence et l'incidence d'un certain nombre de maladies telles que la tuberculose, les affections diarrhéiques, le trachome, le pian et le paludisme. Ils reposaient sur des enquêtes par sondage auprès des ménages et permirent d'obtenir pour la première fois une estimation scientifiquement valable de la fréquence de ces maladies. Malheureusement, il ne fut pas toujours possible de tirer le meilleur parti de ces résultats pour organiser ou améliorer la lutte contre les maladies car le manque de ressources nationales ne permettait pas de prendre les mesures qui s'imposaient.

Une tentative intéressante fut faite pour mettre au point une méthode permettant d'utiliser les données rassemblées par des non-médecins en vue de l'étude des causes élémentaires de décès, notamment dans les pays du continent africain.⁶ Cette voie fut cependant abandonnée quelques années plus tard pour refaire surface 20 ans après lorsque l'idée "d'une notification par des non-spécialistes" suscita un regain d'intérêt chez les agents de santé des pays en développement (voir plus loin).

La première décennie fut marquée par l'espoir de construire un monde pacifique et d'accroître le niveau de vie grâce à l'action des Nations Unies. C'est justement la mise au point de méthodes destinées à la mesure de ce niveau de vie qui avait été confiée aux services statistiques des organisations internationales. Le Conseil économique et social (ECOSOC) des Nations Unies exprima l'avis que même s'il était impossible de mettre au point un indice simple pour la mesure du niveau de vie et de ses variations, il fallait s'efforcer de trouver un indicateur pour chacune de ses composantes.

L'ECOSOC dressa donc une liste de 12 composantes à cet effet dont la première était "La santé y

compris la situation démographique". L'OMS réagit à cette recommandation en proposant à son tour un indicateur intéressant appelé taux proportionnel de mortalité et qui est égal au nombre de décès de personnes de 50 ans ou plus exprimé en pourcentage du nombre total de décès, indice que l'on pouvait calculer avec une précision raisonnable à partir des statistiques démographiques recueillies systématiquement dans de nombreux pays (2).

La deuxième décennie : 1958-1968

La deuxième décennie fut marquée par la poursuite et le développement des activités prioritaires de la première décennie. On peut citer en particulier l'élargissement de "l'assistance technique" aux Etats Membres et l'importance accordée aux études collectives internationales, notamment sous la forme d'un soutien statistique à la recherche épidémiologique sur les maladies importantes en santé publique. L'importance accordée au cours de cette décennie et des décennies suivantes aux études collectives sur ces maladies tenait au fait qu'elles devaient permettre d'élucider leur étiologie complexe.

Un projet d'une grande importance sur le plan statistique et concernant la mortalité en milieu urbain fut entrepris dans la Région des Amériques. Cette étude concertée au niveau international et financée par les National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique était inspirée par le fait que les statistiques officielles avaient révélé des variations frappantes entre les pays en ce qui concerne les taux de décès par artériosclérose et cardiopathies dégénératives. L'étude portait sur 12 villes de 11 pays (dont une en Angleterre et 11 dans la Région des Amériques) et visait pour l'essentiel à fournir une analyse complète des causes de mortalité chez les adultes appartenant à des populations diverses et très éloignées. La collecte des données ainsi que leur examen, leur codage et leur analyse furent exécutés selon une méthodologie normalisée établie par les chercheurs. L'étude conduisit à une série de recommandations concernant l'action préventive, la recherche épidémiologique et la normalisation des techniques statistiques (3).

Dès 1962-1965, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avait patronné une série d'études dans six pays sur l'exactitude et la comparabilité des statistiques de mortalité. Ces études révélèrent l'existence de nombreuses incohérences dans les certificats de décès établis par les médecins traitants et dans l'interprétation de ces certificats par les codeurs. Ces résultats eurent le mérite de mettre en lumière la nécessité d'une meilleure uniformité entre les pays de manière à rendre les statistiques de mortalité vraiment comparables (4).

⁶ **Biraud, Y.** *Méthode pour l'enregistrement par des non-médecins des causes élémentaires de décès dans les zones sous-développées*. Document non publié WHO/HS/60, 1956.

Ces deux projets ont été utiles à la mise au point des révisions ultérieures de la Classification internationale des maladies.

L'étude épidémiologique et anatomo-pathologique sur l'artériosclérose coordonnée par le Service des maladies cardiovasculaires de l'OMS a compté parmi les premières études épidémiologiques collectives au sein d'une population. Cinq villes (Prague, Malmö, Moscou, Kichinev et Yalta) où la plupart des personnes décédées étaient soumises à une autopsie, participèrent à cette étude. Des échantillons d'aortes et de coronaires furent prélevés sur environ 17 500 sujets au cours de la période 1963-1965 et traités selon une technique uniforme; ils furent ensuite examinés par un groupe d'anatomo-pathologistes qui avaient pour mission de déterminer la gravité des lésions athérosclérotiques selon un système de cotation normalisé. L'équation personnelle des experts ainsi que les erreurs inter-observateurs furent analysées et corrigées. On étudia l'apparition des lésions avec l'âge, leur variation d'un sexe à l'autre, en fonction des différentes causes de décès et en relation avec certaines maladies telles que l'hypertension et le diabète. Parmi les nombreux résultats intéressants ainsi obtenus, l'étude révéla sans ambiguïté que des lésions athérosclérotiques pouvaient se développer dès l'enfance même chez les personnes décédées lors d'un accident et qui ne présentaient aucune maladie grave (5).

Parmi les autres études collectives ayant bénéficié d'un soutien statistique considérable figure l'étude pilote internationale sur la schizophrénie organisée par la Division de la santé mentale et qui fut lancée en 1965. Quelque 2 200 malades provenant de centres participants de neuf pays furent soumis à cette étude selon un protocole détaillé. Du fait de la nature complexe de l'examen psychiatrique, des efforts particuliers furent déployés pour évaluer la fiabilité des méthodes et prendre en compte des variations tenant aux observateurs. La très grande quantité de données recueillies sur chaque malade nécessita une analyse statistique élaborée (6).

L'importance accordée à ces études épidémiologiques s'explique par la nécessité d'appuyer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, au sujet de laquelle les organes délibérants avaient adopté de nombreuses résolutions contenant, entre autres, des recommandations en vue de l'obtention des données épidémiologiques et statistiques pertinentes. La priorité accordée par l'Assemblée mondiale de la Santé à un engagement actif de l'OMS dans la recherche épidémiologique conduisit à la création en 1967 de l'éphémère Division de la Recherche en Epidémiologie et en Sciences de la Communication (RECS) qui cessa ses activités dès 1972.

Pour répondre à l'intérêt croissant manifesté pour les enquêtes par sondage en vue de recueillir des données qui n'étaient pas disponibles par les circuits administratifs habituels, une série de documents fut publiée sur les données de morbidité et de mortalité obtenues par enquêtes et à partir d'autres sources (7).

La troisième décennie: 1968-1978

Les années 60 ont été marquées par l'entrée de l'informatique dans le domaine de la santé. Un ordinateur fut installé au Siège de l'OMS en 1966 et, au cours de la troisième décennie, une part extrêmement importante du travail statistique fut réalisée par des moyens informatiques.^o Cette installation a permis d'accélérer le traitement statistique des données et de mettre en mémoire les séries chronologiques sous une forme facilement extractible, et notamment les données communiquées à l'OMS par les Etats Membres depuis 1950. On informatisa également l'analyse statistique des relations dose-réponse nécessaire aux travaux de standardisation biologique ainsi qu'à l'étude de la sensibilité des vecteurs aux insecticides.

Au cours de cette décennie, la modélisation dynamique des maladies suscita un grand intérêt parmi les épidémiologistes et les responsables de la lutte contre les diverses maladies. La fièvre typhoïde, le choléra, le tétanos, la diphtérie et la coqueluche furent choisis pour la mise au point de modèles épidémiologiques (8). La Division RECS élaborait également un modèle de paludisme en partant des très nombreuses études effectuées sur le terrain en Afrique; il s'agit là probablement de la réalisation scientifique la plus importante de cette Division (9). Le Service de la tuberculose mit également au point un modèle de tuberculose qu'il utilisa pour évaluer l'efficacité des mesures de lutte antituberculeuse (10). Les calculs mathématiques très importants nécessités par ce type de modèle furent rendus possibles grâce à l'ordinateur.

Certes, l'œuvre de la Division RECS mériterait davantage que la description schématique qui en est faite dans le présent article. Toutefois, d'une façon générale, on peut dire que l'incapacité globale de la Division à mettre sur pied le programme de recherche cohérent et intégré qui lui avait été assigné lors de sa création, malgré la très grande compétence technique de son personnel, s'explique, pour l'essentiel, par son isolement par rapport aux autres programmes de l'OMS. Il apparaissait donc clairement que l'épidémiologie devait faire partie inté-

^o Les ordinateurs ont été transférés en 1971 au Centre international de Calcul nouvellement créé.

grante de la recherche en santé et ne pouvait être viable sous une forme distincte et indépendante. Toujours est-il que la Division RECS fut supprimée en 1972 et que vers la fin de la décennie, on considéra qu'en recherche, mieux valait un rôle de coordination qu'un engagement direct. Dans l'intervalle, plusieurs programmes de l'OMS avaient acquis progressivement une capacité telle en matière statistique que le service central put en être réduit d'autant.

Dans la Région des Amériques, on mena une étude sur la mortalité infantile dans 15 secteurs de projets de huit pays. Cette étude, mise sur pied à partir des résultats obtenus lors de l'enquête sur les modalités de la mortalité urbaine dont il a été question plus haut, visait à établir les taux de mortalité juvénile-infantile, compte tenu des facteurs biologiques, nutritionnels, sociologiques et environnementaux. Les résultats en ont été cités à de nombreuses reprises dans des études ultérieures sur la mortalité juvénile-infantile. Cette étude a mis en lumière, entre autres et pour la première fois, trois importants déterminants de la mortalité infantile—le poids de naissance, l'âge de la mère et le rang de naissance (11, 12).

Une étude démographique sanitaire fut entreprise avec l'appui financier du FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population, anciennement appelé Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population). On manquait en effet de données fiables sur la mortalité fœtale, la mortalité juvénile-infantile et la fécondité dans de nombreux pays en développement. Etant donné l'extrême lenteur et la difficulté de la mise en route d'un système complet d'enregistrement, on lança, au cours de cette décennie, une étude sur l'obtention, par sondages, des données nécessaires aux décideurs (13). Menée dans cinq pays en développement, avec l'aide de statisticiens et de démographes compétents fournis par l'OMS, cette étude permit pour la première fois de recueillir des informations utiles et scientifiquement valables dans nombre de ces pays. Il est cependant difficile de déterminer si les pays en question ont conservé une part importante de la compétence technique transmise par les consultants extérieurs.

Une autre étude épidémiologique collective, du type de celle mentionnée dans le paragraphe consacré à la deuxième décennie, fut menée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, avec le soutien du Siège, sur l'infarctus aigu du myocarde. On savait déjà que l'infarctus du myocarde était une cause importante de décès dans nombre de pays industrialisés mais on était mal informé sur son incidence. Cette étude, à laquelle participèrent 19 centres de 16 pays, fut la première à tenter d'enregistrer tous les cas d'infarctus aigu du myocarde qui se produisaient

dans la collectivité. A cet effet, on élaborait un protocole standard ainsi que des formules que les enquêteurs devaient remplir pendant toute la période 1971-1972 et qui furent analysées par le Service central du Siège de l'OMS. A côté des variations géographiques dans le taux d'incidence et le taux de létalité, l'étude révéla que la maladie présentait une évolution si rapide dans la plupart des cas mortels que l'on n'avait même pas le temps d'intervenir médicalement (14). Une étude du même genre fut lancée également en 1971 sur l'enregistrement des cas d'accident cérébro-vasculaire (15), les données étant recueillies puis traitées et analysées par le Service central du Siège. Ultérieurement, toutes ces études aboutirent à un projet plus complet appelé projet MONICA (*monitoring trends and determinants in cardiovascular disease*) qui est encore mené dans 41 centres collaborateurs (16).

Le développement rapide de l'automatisation dans les pays industrialisés a suscité un plaidoyer en faveur d'une nouvelle conception de l'information sanitaire basée sur la mise en place de systèmes informatiques globaux destinés à la gestion. En se fondant sur cette conception, des tentatives ont été faites en vue de mettre sur pied des systèmes nationaux d'information sanitaire. Malheureusement, la décennie ne devait pas voir l'aboutissement de ces tentatives. Les principales raisons de cet échec tiennent d'une part à une informatisation excessive et, d'autre part, au fait que l'on n'a pas suffisamment reconnu l'importance de certains préalables à cette informatisation, par exemple la nécessité de disposer de sources de données d'une qualité suffisante, la capacité de collecter des données brutes et de les préparer pour la saisie, et enfin l'aptitude des responsables et des décideurs du secteur santé à utiliser les résultats fournis pour améliorer les soins de santé.

Cependant, ce mouvement en faveur de l'établissement de systèmes nationaux d'information sanitaire n'a pas été totalement vain. C'est ainsi que, à la fin de la décennie, les planificateurs et les gestionnaires sanitaires avaient commencé à se rendre compte qu'ils ne pouvaient se contenter des rapports épidémiologiques et statistiques habituels qui leur étaient communiqués, et qu'il fallait que soient également prises en considération, à côté des données sur la fréquence des maladies et l'utilisation des services qui figuraient dans ces rapports, des informations d'ordre budgétaire et financier, des données sur la disponibilité et la répartition du personnel, les stocks, les moyens de transport, etc. Nombre de renseignements concernant des questions étroitement liées au secteur santé, par exemple le développement économique, le chômage, le niveau d'instruction et d'alphabetisation, les réserves alimentaires etc.

devaient être obtenus auprès d'autres secteurs d'activité. Il s'agit là de données qui doivent être rassemblées à partir de ces sources variées, analysées puis assimilées par le décideur. L'appui informationnel à la gestion doit être organisé en utilisant les moyens informatiques s'il en existe, pour qu'on puisse ensuite procéder à une planification sanitaire réaliste compte tenu des ressources limitées dont on dispose. La nécessité de produire des informations à l'usage de la gestion était donc plus explicitement reconnue et cette préoccupation devait se faire jour dans la réorientation du programme au cours de la quatrième décennie.

La quatrième décennie : 1978–1988

Les événements les plus importants qui se sont produits au cours de cette dernière décennie sont, et de loin, l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, le lancement de la stratégie mondiale de la santé pour tous, ainsi que la décentralisation accélérée des activités de l'OMS. En même temps, la planification du travail du Secrétariat est devenue plus systématique grâce à l'introduction de programmes à moyen terme correspondant à chaque programme général de travail couvrant une période de six ans. L'établissement du budget-programme, ainsi que le contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes s'en sont trouvés facilités, en particulier depuis l'établissement du septième programme général de travail pour la période 1984–1989 qui, pour la première fois, a fixé des objectifs et des buts au programme d'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances. Ce nouveau programme, qui privilégie une conception finalisée de l'information, a débuté en 1982 avec cinq secteurs cibles :

- renforcement de la capacité des pays à établir un appui informationnel à la gestion du système de santé;
- formation en épidémiologie et statistiques sanitaires;
- mise au point de méthodologies et d'outils normalisés;
- surveillance mondiale et régionale de la situation sanitaire;
- appui épidémiologique et statistique aux autres programmes de l'OMS.

La philosophie de base du programme est d'accorder le premier rang de priorité à l'information qui est essentielle pour l'amélioration du système de santé à l'exclusion de toute autre. Des principes directeurs généraux en vue de l'appui informationnel à la gestion du système de santé ont été développés et proposés à plusieurs pays à titre expérimental. La

mise en œuvre du nouveau programme repose sur la mise au point et l'utilisation d'un nombre restreint d'indicateurs relatifs à la situation socio-économique, à l'élaboration de la politique sanitaire, à la distribution des services et à l'état de santé, en vue de la surveillance et de l'évaluation des stratégies de la santé pour tous aux niveaux national, régional et mondial. Cette nouvelle conception est illustrée de la manière la plus claire par la mise au point et l'utilisation de buts et d'indicateurs régionaux dans la Région européenne. La nécessité de produire et d'utiliser l'information nécessaire au niveau régional en tant que mesure de l'équité dans le domaine sanitaire a été soulignée dès qu'a été établie la stratégie de la santé pour tous et réitérée par la suite dans la réponse qui a été donnée à la demande, en 1987, par l'Assemblée mondiale de la Santé, d'accorder la priorité au renforcement des systèmes de santé au niveau du district.

C'est la série de résolutions que les organes délibérants de l'OMS ont adoptées sur tous ces points qui a servi de base au septième programme général de travail, ainsi qu'au programme à moyen terme pour l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances, comme on l'a vu plus haut. Le huitième programme général de travail pour la période 1990–1995, approuvé en 1987 par la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que le programme à moyen terme correspondant, représentent une avancée et une amélioration de l'orientation donnée dans le septième programme. Ce sont les problèmes et les insuffisances relevés dans les rapports nationaux sur la surveillance et l'évaluation périodique de la stratégie de la santé pour tous qui ont servi de base à ces corrections (17).

La neuvième révision de la Classification internationale des Maladies (CIM-9), qui a été approuvée en 1976 par l'Assemblée mondiale de la Santé, a été utilisée à partir de 1979 par les Etats Membres (18). Il y avait également, à cette époque, une forte demande d'un outil statistique permettant d'éliminer les contraintes existant dans nombre de pays en développement, notamment en ce qui concerne l'enregistrement et l'analyse de l'information sanitaire par des non-médecins. Il s'agissait donc d'une remise au goût du jour et d'une adaptation aux problèmes des autres pays en développement des idées développées par Biraud à l'intention du continent africain au cours de la première décennie de l'OMS.^d Une brochure sur la notification par des non-spécialistes (19) a été publiée et depuis lors, la méthode a été expérimentée dans plusieurs pays. Etant donné que ce type de notification fait usage d'une terminologie locale, il est impossible d'établir

^d Voir note b, page 115.

une méthode ou une marche à suivre qui soient universelles. Néanmoins, la publication en question a attiré l'attention des agents de la santé publique sur la nécessité de trouver le moyen d'enregistrer et d'utiliser des informations sanitaires qui correspondent le mieux aux conditions locales.

Comme l'illustre bien cette question de la notification par des non-spécialistes, une grande partie du travail de mise au point entrepris au cours de cette décennie a porté sur l'adaptation pratique et la mise en œuvre de la méthodologie existante en fonction des différentes conditions locales et nationales. Néanmoins, le programme, qui joue le rôle de service central en matière de méthodologie statistique et épidémiologique, a pris l'initiative d'un certain nombre d'activités. Le *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires* qui, au cours de la décennie précédente, avait pour but de diffuser des statistiques brutes sur la morbidité et la mortalité, a pris la forme d'un périodique où sont publiés des articles sur les résultats de l'analyse statistique, ainsi que sur la méthodologie épidémiologique et statistique, centrés sur un thème différent pour chaque numéro. Parmi les sujets traités figurent la santé de la famille, la santé et la femme, la santé mentale, les accidents, l'hygiène de l'environnement, l'économie de la santé, les systèmes d'information sanitaire, les projections, les enquêtes et les indicateurs sanitaires, etc. Chaque année, un numéro est consacré à la lutte contre la maladie. Grâce au soutien financier du FNUAP, plusieurs publications consacrées à l'analyse de la mortalité ont pu paraître; c'est ainsi qu'ont été abordés des thèmes tels que les déterminants et les conséquences socio-économiques de la mortalité (20), les différences de mortalité selon le sexe (21), les interactions entre la mortalité et les cycles familiaux (22), la mortalité périnatale (23) et les progrès récents dans l'analyse de la mortalité (24). Les problèmes que connaissent les pays pour produire et utiliser l'information dans le domaine des soins de santé ont récemment fait l'objet d'une table ronde (25).

Le Bureau régional de l'Europe a joué un rôle particulièrement actif dans l'établissement et la diffusion de méthodes traitant des problèmes actuels de santé publique. Les publications concernant la mesure (26, 27) et les projections (28) dans le domaine sanitaire en sont des exemples. On a privilégié davantage la promotion et la protection de la santé que la lutte contre la maladie conformément à la stratégie de la santé pour tous, particulièrement en ce qui concerne les buts et indicateurs régionaux adoptés par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe.

Les travaux relatifs à la dixième révision de la CIM, qui devait être adoptée vers 1985 par l'Assemblée de la Santé, ont dû être différés. La cause

peut en être imputée d'une part aux contraintes imposées par la décentralisation des ressources de l'OMS et d'autre part aux dépenses considérables qu'impliquerait pour les Etats Membres une modification de la classification qui est désormais un outil statistique largement utilisé en milieu hospitalier, pour la sécurité sociale et les études épidémiologiques ainsi que pour le codage des certificats de décès. C'est pourquoi la proposition du Directeur général de l'OMS de repousser de cinq ans la refonte de la CIM a été acceptée par la majorité des Etats Membres. Cela a permis d'expérimenter un certain nombre de propositions en vue de cette révision ainsi que de nouvelles définitions et règles de codage. Ce travail d'élaboration a pu être mené à bien grâce à l'aide des réseaux de centres collaborateurs pour la classification des maladies.

La Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages, introduite à des "fins expérimentales" (29) est utilisée de plus en plus fréquemment dans le domaine de la réadaptation, pour les enquêtes dans la collectivité, et même à des fins d'expertise par les caisses d'assurance-maladie. Elle sert de base à une importante enquête en Espagne et elle est officiellement utilisée en France; c'est également la classification qu'utilisent les Nations Unies pour leur base de données sur les invalidités. Les efforts actuels ou récents déployés en vue d'évaluer les progrès sur la voie de la santé pour tous ont permis de mettre en lumière, notamment dans la Région européenne, la nécessité d'un instrument de classification qui permette la comparaison des données et des tendances.

Les enjeux futurs

Au cours des quarante années écoulées, des progrès fantastiques ont marqué tous les aspects de la vie humaine. Les services de santé pénètrent désormais dans les régions rurales et les zones reculées. L'état sanitaire de la population, tel qu'il ressort des taux de mortalité infantile, de l'espérance de vie et d'autres grands indicateurs, s'est considérablement amélioré. Tous les pays font appel à une grande variété de technologies nouvelles—certaines d'une extrême complexité, certaines très élaborées mais peu coûteuses et d'autres tout à fait ordinaires mais qui reposent sur des idées novatrices. Le progrès sanitaire fait l'objet d'une surveillance constante, les insuffisances sont corrigées et les résultats évalués et utilisés pour la planification et la programmation ultérieures.

Cependant, si impressionnants que soient les progrès accomplis, de nombreux problèmes demeurent et d'autres ont fait leur apparition. L'épidémiologie et la statistique auront leur rôle à

jouer dans la solution de ces problèmes. On trouvera ci-dessous quelques-uns des enjeux de la prochaine décennie.

1) Systèmes d'information pour la santé. Le rôle de l'OMS dans la coopération technique avec les pays dans ce secteur devrait consister à trouver les moyens pratiques pour repérer l'information la plus essentielle et éliminer celle qui l'est moins ou qui est inutile, faire en sorte que le traitement des données et leur acheminement soient organisés de manière efficace et que les données ainsi obtenues soient interprétées et utilisées par les personnels de santé compétents. Ce travail devrait être facilité par les progrès rapides qui sont réalisés en informatique notamment dans le domaine des micro-ordinateurs et des ordinateurs portatifs. Les principes directeurs établis au cours de la quatrième Décennie devraient être affinés sur la base de l'expérience des pays. Un système efficace ne peut pas fonctionner dans le vide; il doit aller de pair avec un processus gestionnaire lui-même amélioré qui assure la formation des décideurs à tous les niveaux. Dans les pays où ces statistiques sont encore insuffisantes, il faudrait que les statistiques démographiques et l'état civil constituent un objectif à long terme car ils sont une source essentielle de données pour la planification sanitaire.

2) Rentabilité de l'action sanitaire. Il existe désormais des méthodes qui permettent d'apprécier des relations causales directes telles que par exemple la réduction de l'incidence de telle ou telle maladie à la suite d'une vaccination. En revanche, un effort est encore nécessaire sur le plan méthodologique dans le cas où interviennent des facteurs multiples comme par exemple lorsqu'on cherche à déterminer quels sont les effets bénéfiques pour la santé d'une amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. L'évaluation de la rentabilité des mesures sanitaires est d'autant plus importante qu'il faut tirer le maximum de ressources limitées. L'approche fondée sur la notion de risque, qui privilégie les groupes à haut risque, doit être étendue à un ensemble plus vaste de problèmes de santé. Plus généralement, l'affectation des ressources doit être rationalisée de manière à améliorer la rentabilité. Parmi les questions qui restent en suspens figure celle de savoir dans quelle mesure l'amélioration de l'appui informationnel en épidémiologie et statistique a effectivement amélioré la santé et le bien-être de la population.

3) Recherche sur les systèmes de santé. Les problèmes évoqués ci-dessus sont des exemples de ce qu'il reste à faire en recherche sur les systèmes de santé au sens large. On s'efforce depuis des années de développer

ce type de recherche mais les progrès sont lents, notamment en ce qui concerne la mise au point des méthodes épidémiologiques et statistiques nécessaires. S'il est si difficile de trouver l'organisation optimale du système de santé d'un pays donné, c'est que l'acceptabilité d'un tel système est un fait culturel, d'où l'absence de modèle universel.

4) Indicateurs sanitaires. Il faudra poursuivre la mise au point de ces indicateurs selon l'approche finalisée adoptée jusqu'ici. Même si les indicateurs de l'état sanitaire permettent de proclamer le succès ou l'échec final du développement sanitaire, il est essentiel de disposer, pour la surveillance en santé, d'indicateurs de "processus" et d'indicateurs relatifs aux facteurs associés. A mesure que l'on reconnaît l'existence de nouveaux facteurs qui influent sur la santé, il faut mettre au point des indicateurs qui permettent d'en apprécier le niveau. Il s'agit notamment d'un groupe d'indicateurs sanitaires "positifs" tels qu'une bonne nutrition, l'accomplissement de tâches physiques et mentales, l'adaptation sociale, la participation communautaire et la protection de l'environnement.

5) Mesure et analyse de la morbidité, de l'invalidité et de la mortalité. La morbidité, la mortalité et l'invalidité qui, dans le monde, frappent les enfants et les adultes jeunes ou moins jeunes, peuvent être évitées grâce à l'application des techniques existantes, à la mise en œuvre de mesures socio-économiques appropriées et à l'adoption d'un mode de vie plus sain. Il faudrait mettre au point des méthodes et des techniques plus efficaces pour mesurer et analyser ces aspects négatifs de la santé. C'est sur les questions de morbidité et d'invalidité qu'il faut se pencher plus particulièrement étant donné que la méthodologie correspondante n'existe pas encore.

6) Etudes épidémiologiques internationales collectives. Les résultats de ces recherches basées sur une méthodologie uniforme sont nécessaires pour trouver une solution aux problèmes communs à un certain nombre de pays. La plupart du temps on peut utiliser à cette fin les ressources nationales, l'OMS agissant à la fois comme coordonnateur et comme centre d'analyse des données en territoire neutre.

7) CIM et questions connexes. La dixième révision de la CIM implique un développement considérable de la version actuelle (CIM-9) qui devrait permettre l'amélioration de l'enregistrement, de la conservation, de l'analyse et de l'utilisation d'informations détaillées sur la morbidité et la mortalité. En même temps, la classification devrait permettre de procéder sans peine à des regroupements, à des récapitulations

et à des simplifications de manière à pouvoir être utilisée dans des situations moins complexes. Il faudra continuer d'accorder une attention suffisante à ce dernier aspect qui nécessitera un effort concerté des différents pays. Il importe de mettre au point des classifications qui conviennent à une utilisation dans le cadre des soins de santé primaires et ce, en collaboration avec les pays et avec les organismes non gouvernementaux concernés. Les travaux sont également à poursuivre pour améliorer la classification internationale des actes médicaux ainsi que celle des déficiences, incapacités et désavantages. En outre, l'élaboration de classifications adaptées à l'action de santé publique, au personnel et aux dépenses de santé est souhaitable à des fins de gestion.

Bibliographie

1. **Gear, H.S. et al.** *International work in health statistics, 1948-1958* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1961
2. **Swaroop, S. & Uemura, K.** Proportional mortality of 50 years and above. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **17**: 439-481 (1957).
3. **Puffer, R.R. & Griffith, G.W.** *Patterns of urban mortality: report of the Inter-American Investigation of Mortality*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1967
4. Exactitude et comparabilité des statistiques de décès. *Chronique OMS*, **21**: 12-18 (1967).
5. **Kagan, A. et al.** Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries in five towns. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **53**: 485-645 (1976).
6. **Organisation mondiale de la Santé.** *International pilot study of schizophrenia, Vol 1*. Genève, 1974 (OMS. Publications offset, N° 2) (en anglais seulement)
7. **Curjel, D. et al.** *Etude de la morbidité et de la mortalité: tendances actuelles* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1967 (Cahiers de santé publique, N° 27).
8. **Cvjetanovic, B. et al.** Dynamics of acute bacterial diseases: epidemiological models and their application in public health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **56** (supplément No 1): 1-143 (1978).
9. **Dietz, K. et al.** A malaria model tested in the African savannah. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **50**: 347-357 (1974).
10. **Waller, H. T. & Plot, M.A.** The use of an epidemiological model for estimating the effectiveness of tuberculosis control measures. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **41**: 75-93 (1979).
11. **Puffer, R.R. & Serrano, C.V.** *Patterns of mortality in childhood: report of the Inter-American Investigation of Mortality in Childhood*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1973
12. **Puffer, R.R. & Serrano, C.V.** *Birthweight, maternal age, and birth order: three important determinants of infant mortality*. Washington, DC. Organisation panaméricaine de la Santé, 1975.
13. **Organisation mondiale de la Santé.** Remarques concernant les enquêtes spéciales sur la mortalité foetale, infantile et juvénile et sur les tendances de la fécondité *Rapport de statistiques sanitaires mondiales*, **29**: 458-477 (1976).
14. **Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe.** *Registres de l'infarctus du myocarde* Copenhague, 1977 (Série Santé publique en Europe N° 5)
15. **Matano, S. et al.,** ed *Hypertension and stroke control in the community*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1976 (en anglais seulement)
16. **WHO MONICA Project Principal Investigators.** The World Health Organization MONICA project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). a major international collaboration. *Journal of clinical epidemiology*, **41**: 105-114 (1988).
17. **Organisation mondiale de la Santé.** *Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Vol. 1 à 7*. Genève, 1986 et 1987
18. **Organisation mondiale de la Santé.** *Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, révision 1975*, Vol. 1 et 2. Genève, 1977 et 1978.
19. **Organisation mondiale de la Santé.** *Lay reporting of health information*. Genève, 1978.
20. *Proceedings of the meeting on socioeconomic determinants and consequences of mortality. El colegio de Mexico, Mexico. 19-25 June 1979*. New York, Nations Unies, et Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979.
21. **Lopez, A.D. & Ruzicka, L.T.** ed. *Sex differentials in mortality: trends, determinants and consequences*. Canberra, Australian National University, 1983
22. *Health and the family life cycle: selected studies on the interaction between mortality, the family and its life cycle* Wiesbaden, Institut fédéral d'études démographiques, et Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982
23. **Organisation mondiale de la Santé.** *A WHO report on social and biological effects on perinatal mortality. Vol 1* Budapest, Statistical Publishing House, 1978. (Ce volume a été ultérieurement réédité dans *Saudi medical journal*, **4**: Suppl. No. 1 (1983). Le Vol. 2 a été publié dans cette même revue sous forme de Suppl N° 2, édition sur microfiche.
24. **Hansluwka, H. et al.** ed. *New developments in the analysis of mortality and causes of death*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, et Bangkok, Université Mahidol, 1986.
25. **Opit, L.J. et al.** Comment doit-on produire et utiliser les informations sur les soins de santé ? (table ronde et discussion), *Forum mondial de la santé*, **8**: 441-475 (1987)
26. **Holland, W.W. et al.** ed. *Measurement of levels of health*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1979 (OMS, Publications régionales, Série européenne N° 7) (en anglais seulement)
27. **Abelin, T. et al.** ed. *Measurement in health promotion and protection*. Copenhague, Bureau régional de

K. Uemura

l'OMS pour l'Europe, 1987 (OMS, Publications régionales, Série européenne N° 22).

28. **Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.** *Health projections in Europe: methods and applications.* Copenhague, 1986.

29. **Organisation mondiale de la Santé.** *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Manuel de classification des conséquences des maladies.* Genève, 1984.

N° de tiré à part: **4958**