

Progrès dans le domaine de la surveillance

Faire progresser le rôle des enquêtes sur les décès pour la surveillance

30 avril 2024

12 h – 13 h, HC / 13 h - 14 h, HE

Conférenciers

Derek Scholten
Emily Schleihauf

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Dr Christopher Murray

l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) |
Université de Washington



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

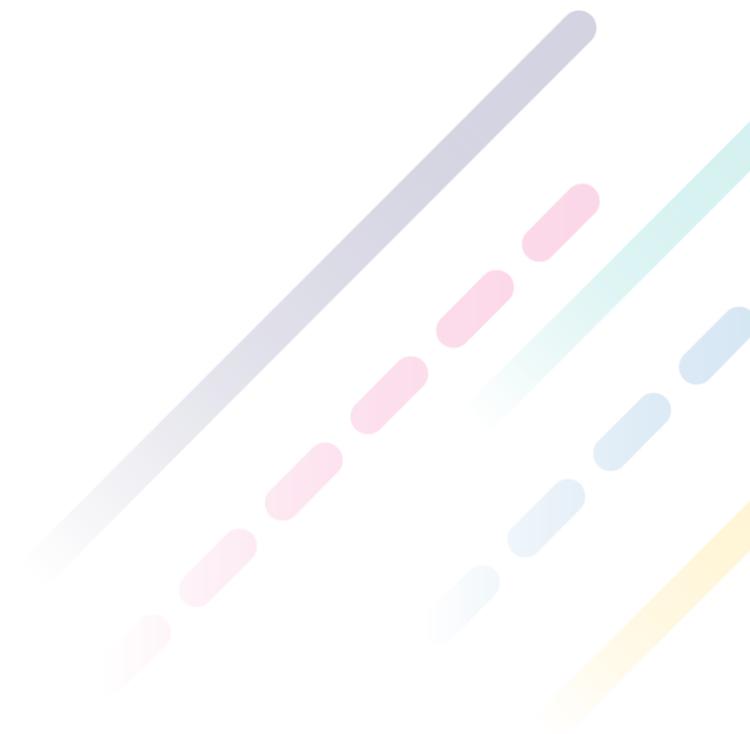


Reconnaissance du territoire : CCNMI



Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses est hébergé à l'Université du Manitoba, sur les terres ancestrales des Anichinabés, des Cris, des Oji-Cris, des Dakotas et des Dénés, et la patrie de la nation métisse.

Au CCNMI, nous aspirons à honorer les terres et leurs gardiens originels dans notre travail. Nous reconnaissons que nous sommes sur la terre cédée en vertu du territoire numéro un. Nous reconnaissons que ce traité, comme d'autres, est issu du processus de colonisation visant à avantager certains et à nuire à d'autres. Nous sommes engagés à travailler avec nos partenaires vers la réconciliation.



Questions d'ordre administratif



- L'enregistrement et les diapositives de la présentation du séminaire seront accessibles sous peu sur le site Web du CCNMI : <https://ccnmi.ca/>.
- Si vous éprouvez des difficultés techniques avec Zoom, veuillez nous envoyer un courriel à nccid@umanitoba.ca.
- Veuillez utiliser l'onglet des questions-réponses pour envoyer vos questions à nos conférenciers.
- Vous pouvez « aimer » les questions d'autres personnes pour les rendre prioritaires.



Agrément



« Progrès dans le domaine de la surveillance » est une activité de formation collective auto-approuvée agréée au titre de la section 1, conformément au programme de Maintien du certificat du **Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)**.

« Progrès dans le domaine de la surveillance » est également approuvée par le Conseil de Expérience Professionnelle pour les heures de développement professionnel des membres de **l'Institut Canadien des inspecteurs en santé publique (ICISP)**.

Si vous souhaitez obtenir une lettre de participation, veuillez répondre au sondage après le séminaire.



Reconnaissance territoriale : ASPC



J'aimerais prendre un moment pour souligner que le territoire sur lequel je vis et travaille est le territoire traditionnel des Wendat, des Anishnaabeg, des Haudenosaunee, des Métis et des Premières Nations des Mississaugas de Credit.

De nombreux membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits y vivent. Je suis reconnaissant d'avoir la chance de partager leur territoire.

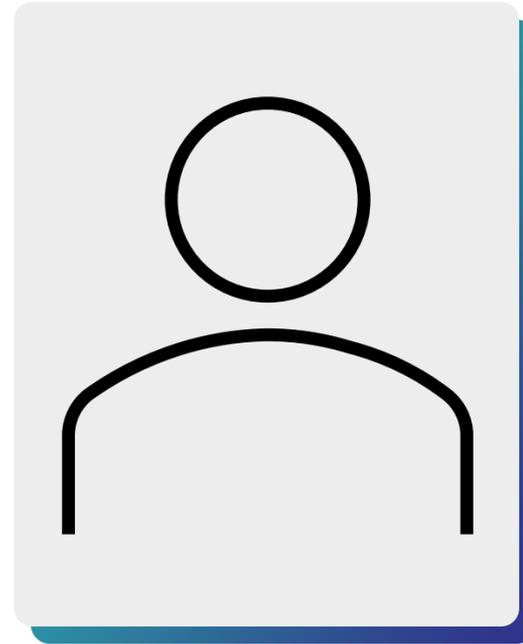
Conférenciers d'aujourd'hui



Derek Scholten

MSc, Épidémiologie et statistiques

Épidémiologiste principal
Agence de la santé
publique du Canada
(ASPC)



Emily Schleihau

M. Épidémiologie

Agente de santé publique
et épidémiologiste
principale
ASPC



Dr Christopher JL Murray

MD, DPhil

Directeur | Professeur et titulaire de la
chaire

l'Institute for Health Metrics and
Evaluation (IHME) | Université de
Washington

Données d'enquête sur les décès pour les activités de surveillance et de recherche en santé publique

Derek Scholten

Maîtrise en épidémiologie et biostatistique
Épidémiologiste principal

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Emily Schleihau

Maîtrise en épidémiologie
Agente de santé publique et épidémiologiste principale
ASPC



Objectifs d'apprentissage

- Apprenez-en davantage concernant les enquêtes sur les décès au Canada et la manière dont les données issues des conclusions des enquêtes sur les décès sont collectées à l'échelle nationale.
- Comprenez les origines et les domaines d'intérêt des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de la collaboration en matière de santé publique.
- Apprenez comment les conclusions des enquêtes sur les décès peuvent être utilisées pour les activités de surveillance afin de façonner des stratégies qui réduisent les décès évitables.

Contexte

- Les coroners et les médecins légistes enquêtent sur environ 15 % à 20 % de tous les décès.
 - Au Canada, les enquêtes médico-légales sur les décès et la législation en ce domaine sont de la compétence des provinces et des territoires.
 - Les systèmes des provinces et territoires relèvent soit du coroner (YT, NT, NU, BC, SK, ON, QC, NB, PE) soit du médecin légiste (AB, MB, NS, NL).
- Les médecins légistes et les coroners enquêtent sur les décès inexplicables, inattendus ou qui surviennent dans des circonstances violentes,
 - comme les homicides familiaux, les suicides, les décès liés à la toxicité de drogues, les décès par collision automobile et les décès de nourrissons, d'enfants et les décès maternels.
- La surveillance pancanadienne de la santé publique a pour objet d'utiliser des données d'enquête sur les décès comparables et actualisées, afin de répondre aux besoins en données probantes nécessaires à l'élaboration de mesures de prévention.
- Les données des enquêtes sur les décès sont centralisées dans la Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes (BCDCML) hébergée à Statistique Canada (StatCan)¹⁰.

Qu'est-ce que la BCDCML?

- La **BCDCML** a été montée en 2008 à StatCan en collaboration avec les coroners en chef et les médecins légistes en chef des 13 provinces et territoires et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).
- Elle comporte des données sur plus de **500 000 dossiers provenant de 12 territoires de compétence pour la période 2006-2023.**
- Les fichiers de données transmis par les bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef à Statistique Canada comportent les éléments suivants :
 - Variables démographiques (province ou territoire, âge, sexe, dates de naissance et de décès)
 - Mode de décès
 - Causes de décès (texte)
 - Autres problèmes de santé
 - Circonstances du décès
 - Lieu du décès, lieu de l'événement ayant mené au décès
 - Renseignements concernant la sécurité
 - Exposé des faits (basé sur le texte)
- Ne représente qu'une partie des informations recueillies dans le cadre d'une enquête sur un décès.

Défis et limites du système

Problème : Les faiblesses du système actuel se traduisent par une insuffisance de données nationales comparables sur la mortalité concernant les questions de santé publique prioritaires, et une difficulté à y accéder en temps opportun. Il en résulte une incapacité à dégager, évaluer et suivre uniformément les tendances de la mortalité au niveau national, ce qui réduit les possibilités d'intervention ou de prévention.

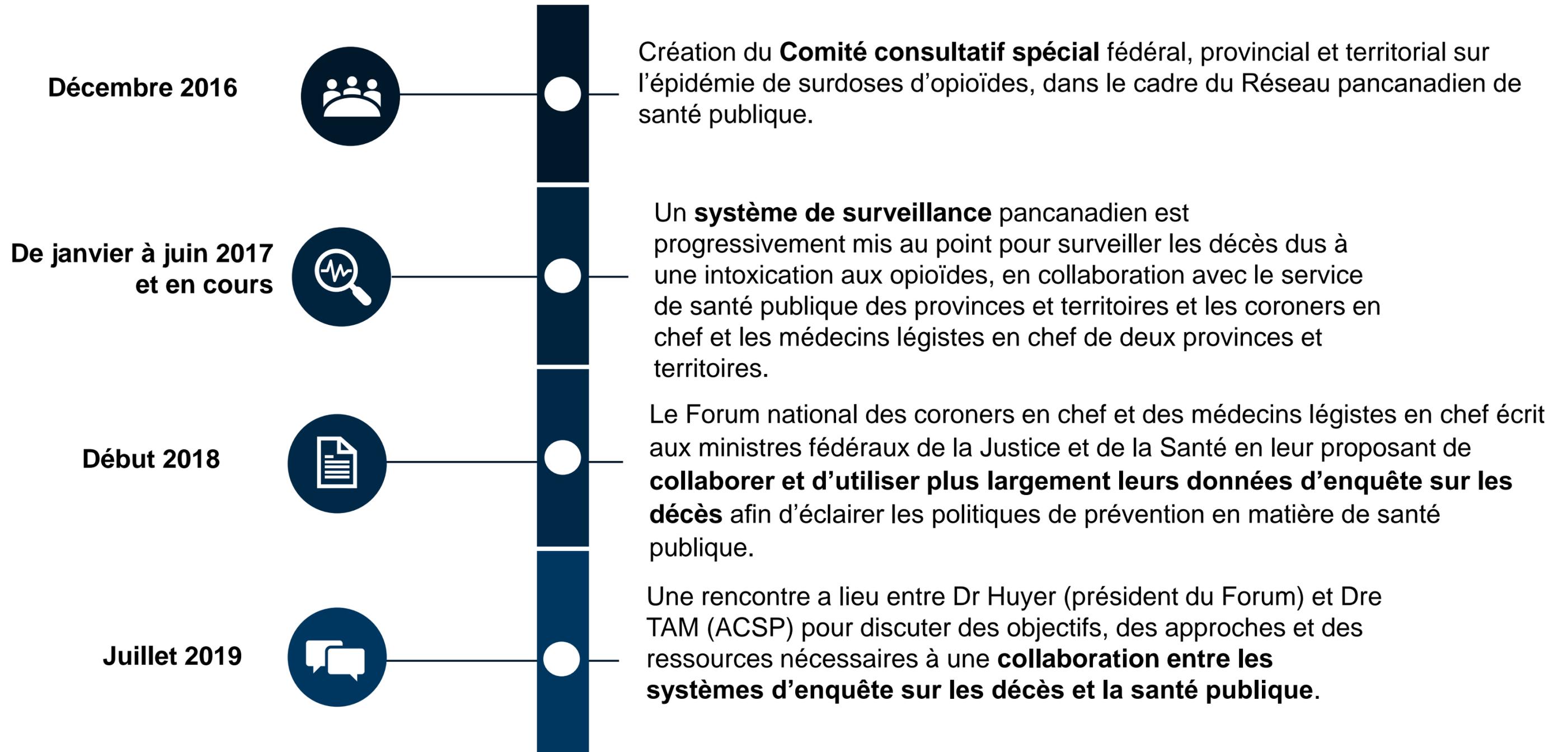
Difficultés liées au système d'enquête sur les décès

- Méthodes d'enquête sur les décès et de collecte de données différentes d'une province ou d'un territoire à l'autre
- Ressources limitées des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef pour la gestion des données et les activités de surveillance
- Systèmes de gestion des dossiers des coroners en chef et des médecins légistes en chef
 - Certains processus se font sur papier; les systèmes des provinces et territoires ne sont pas harmonisés; des provinces et territoires résistent au changement.

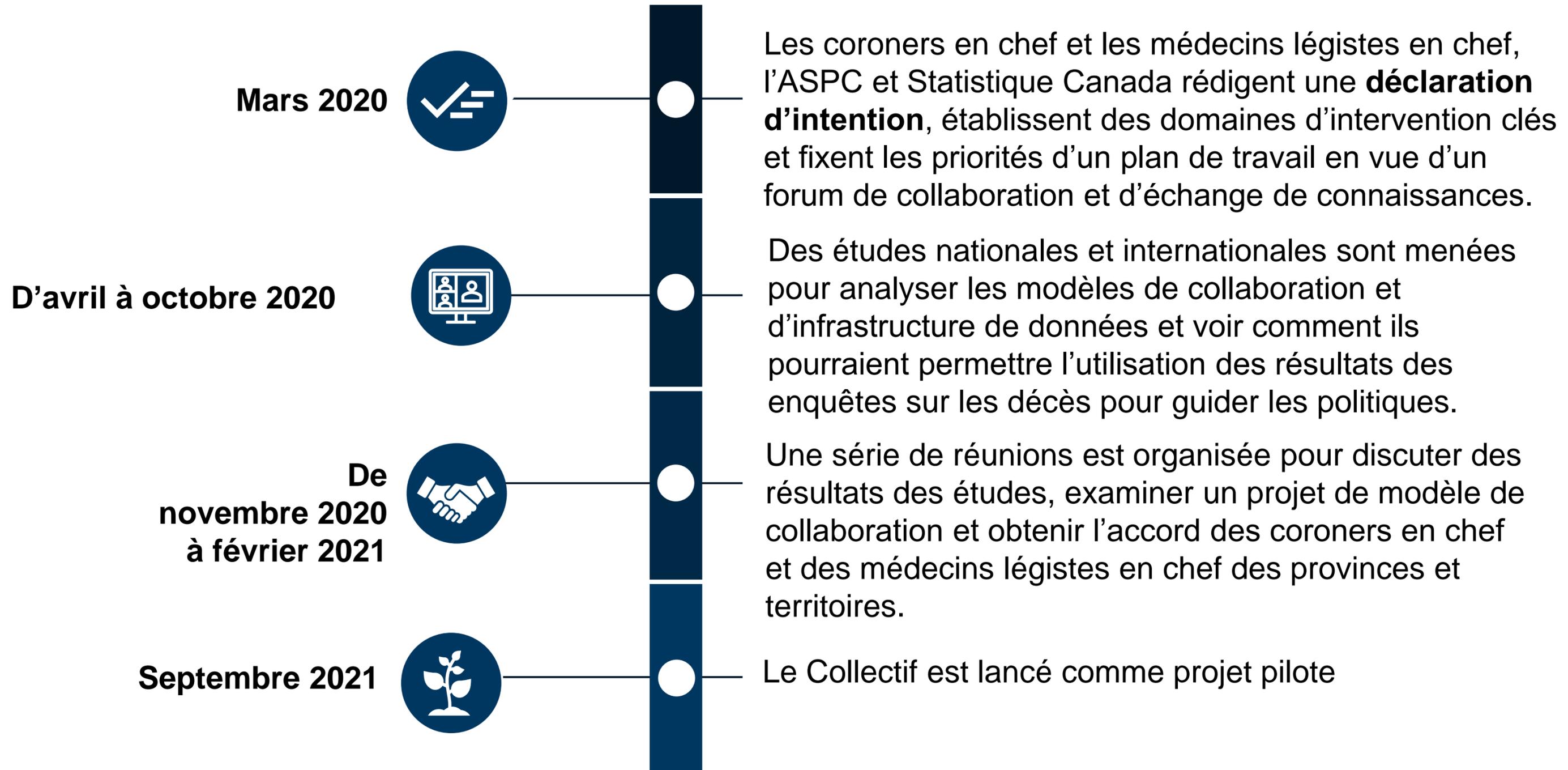
Limites de la BCDCML

- Absence de données comparables et complètes dans les provinces et territoires
- Absence de couverture pancanadienne (absence d'accord de partage des données avec le Manitoba)
- Rapidité relative (certaines provinces et certains territoires ne soumettent les décès qu'une fois l'enquête terminée)
- Accès différé (pour le moment, l'ASPC ne peut accéder qu'aux fichiers de données publiés)
- Difficile à analyser
 - Les informations sur les causes et les circonstances des décès sont essentiellement textuelles et ne comportent pas d'éléments de données distincts permettant de saisir des données importantes sur les circonstances des décès.

Origine du Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique — Moments forts



Origine du Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique — Moments forts (suite)



Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique

Le Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique est une collaboration entre les **coroners en chef et les médecins légistes en chef** des provinces et territoires l'**ASPC** (secrétariat technique) et **Statistique Canada** (BCDCML).

Vision : Le Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique appuie une vision dans laquelle le Canada dispose d'informations à jour sur les enquêtes sur les décès lesquelles peuvent être utilisées pour dégager les tendances, éclairer les politiques et les mesures de prévention, et répondre aux nouvelles menaces, et ce, dans le but de réduire le nombre de décès évitables.

Le Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique s'emploie à créer :

- des systèmes de déclaration des décès plus harmonisés à l'échelle du pays et à améliorer la collecte et la communication de données actualisées et comparables;
- une base de données nationale centralisée comportant des ensembles d'éléments de données communs sur les causes principales de décès évitables afin de permettre aux provinces et territoires, aux ministères du gouvernement du Canada, aux chercheurs et aux médias d'y accéder rapidement;
- des politiques et des mesures de prévention des décès qui, reposant sur des bases factuelles solides, ont des effets plus marqués et profitent à l'ensemble des secteurs, dont ceux de la justice, de la sécurité publique et de la santé.

Collaborating Office for Medical Examiners and Coroners, États-Unis, CDC

- De même, en 2022, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis ont créé le Collaborating Office for Medical Examiners and Coroners (COMEC) pour centraliser les ressources du CDC dans le but d'améliorer la qualité, l'harmonisation et la coordination des efforts de surveillance de la santé publique et des milieux médico-légaux.

Collaborating Office for Medical Examiners and Coroners (COMEC)

<https://www.cdc.gov/nchs/comec/index.htm>

Situation actuelle et fonctions principales

Dans le cadre du budget de 2022, l'ASPC a obtenu un financement sur trois ans pour passer de la phase pilote du Collectif à sa mise en œuvre progressive, laquelle comprend :

la mise en place d'un secrétariat technique au sein de l'ASPC chargé de fournir un **soutien technique** pour faciliter l'élaboration d'approches communes et d'ensembles d'éléments de données minimaux;

un soutien à l'élargissement de la BCDCML pour y accueillir des éléments de données et améliorer l'accès aux données en temps utile pour la santé publique;

l'augmentation des moyens mis au service des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef, y compris l'affectation d'agents de santé publique de l'ASPC.

Enquêtes sur les décès dans le domaine de la santé publique — Contexte de la filière des agents de santé publique

- Le financement du budget fédéral de 2022 comportait également un volet sur le renforcement des capacités des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef — le placement de six agents de santé publique (ASP).
- Les ASP fournissent une expertise en épidémiologie, en analyse et en gestion des données au bureau du coroner en chef ou du médecin légiste en chef auquel ils ont été affectés et appuient les priorités fédérales, provinciales et territoriales conjointes établies dans le cadre du Collectif (p. ex., participation à des sous-groupes).
- Cette nouvelle filière d'ASP, appelée «filière des enquêtes sur les décès en santé publique», a été créée en décembre 2022 grâce à un financement destiné à soutenir le placement jusqu'en mars 2025.
- La filière d'ASP des enquêtes sur les décès en santé publique est coordonnée par :
 - le Service canadien de la santé publique — un programme de renforcement des capacités du système de santé publique qui recrute, embauche et place des agents de santé publique (principalement des épidémiologistes et des infirmières en santé publique) dans des organisations d'accueil à travers le Canada afin de soutenir les priorités fédérales, provinciales et territoriales conjointes en matière de santé publique, et
 - le secrétariat du Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique, qui assure l'encadrement des agents de santé publique, le soutien technique, la coordination avec les activités du Collectif et les échanges de connaissances entre les ASP.

Priorités actuelles du Collectif

Le Collectif a constitué plusieurs sous-groupes qui travaillent à l'élaboration :

- **d'ensembles d'éléments de données et d'approches communes** des enquêtes sur les décès qui favorisent l'harmonisation et facilitent l'obtention de données plus comparables afin d'éclairer les stratégies et les politiques de prévention.

Priorités actuelles :

- Décès dus à la toxicité d'une substance
- Décès par suicide
- Exploration de méthodes permettant de recueillir des données sur :
 - les populations disproportionnellement touchées en raison d'inégalités sanitaires et sociales (les personnes ayant un logement instable, les populations autochtones, les membres des communautés 2SLGBTQIA+), et
 - la race et l'ethnicité



Utilisation des données d'enquête sur les décès pour les activités de surveillance



Surveillance pancanadienne sur les décès apparemment liés à une toxicité aiguë aux opioïdes ou aux stimulants

Contexte de gouvernance fédérale, provinciale et territoriale

- **Décembre 2016** : Création du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes dans le cadre du Réseau pancanadien de santé publique.
 - Mécanisme limité dans le temps pour conseiller la Conférence des sous-ministres de la santé fédéraux, provinciaux et des territoires, et servir de forum de collaboration en matière de santé publique.
 - Constitué des médecins hygiénistes en chef (MHC), de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) et des sous-ministres adjoints.
- **Janvier 2017** : Groupe de travail créé sous l'égide du Comité consultatif spécial : **le Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et des décès liés à l'usage de substances**
 - Il donne des conseils et formule des recommandations stratégiques, opérationnelles et techniques sur la surveillance de la santé publique afin de pister les méfaits associés aux substances psychoactives.
 - Il a pour mandat de procéder à la collecte, à la compilation, à la synthèse et à la diffusion des données à l'échelle du Canada.

Surveillance des décès apparemment liés à une toxicité aiguë aux opioïdes ou aux stimulants

- Le Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et des décès liés à l'usage de substances a collaboré avec les services de santé publique, les coroners en chef et les médecins légistes en chef des provinces et des territoires pour mettre au point un système de surveillance, lancé en 2017.

But de la surveillance

- Compiler les données des coroners en chef et des médecins légistes en chef des provinces et des territoires sur les décès apparemment liés à une intoxication aux opioïdes et/ou aux stimulants et leur répartition par personne, lieu, heure, mode de décès et substances en cause, et produire et diffuser trimestriellement des synthèses descriptives, afin de répondre aux objectifs de surveillance définis :
 - Décrire la répartition des décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada pour les substances prioritaires.
 - Surveiller l'évolution de la fréquence et de la répartition des décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance.
 - Faciliter l'action des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux et des systèmes de santé.

Évolution des éléments de données inclus dans la surveillance

2017

2024

Données minimales sur les décès liés aux opioïdes
(nombre total, âge, répartition par sexe et fentanyl)

Détails supplémentaires sur les substances concernées
(catégories plus précises)

Ajout de l'origine des opioïdes
(pharmaceutique et non pharmaceutique)

Ajout de données sur la toxicité des stimulants

Ajout de variables de stratification multiples
(âge par sexe, sexe par type d'opioïdes, etc.)

Remarque : La surveillance nationale couvre également les sources de données des services médicaux d'urgence, des services d'urgence et d'hospitalisation.

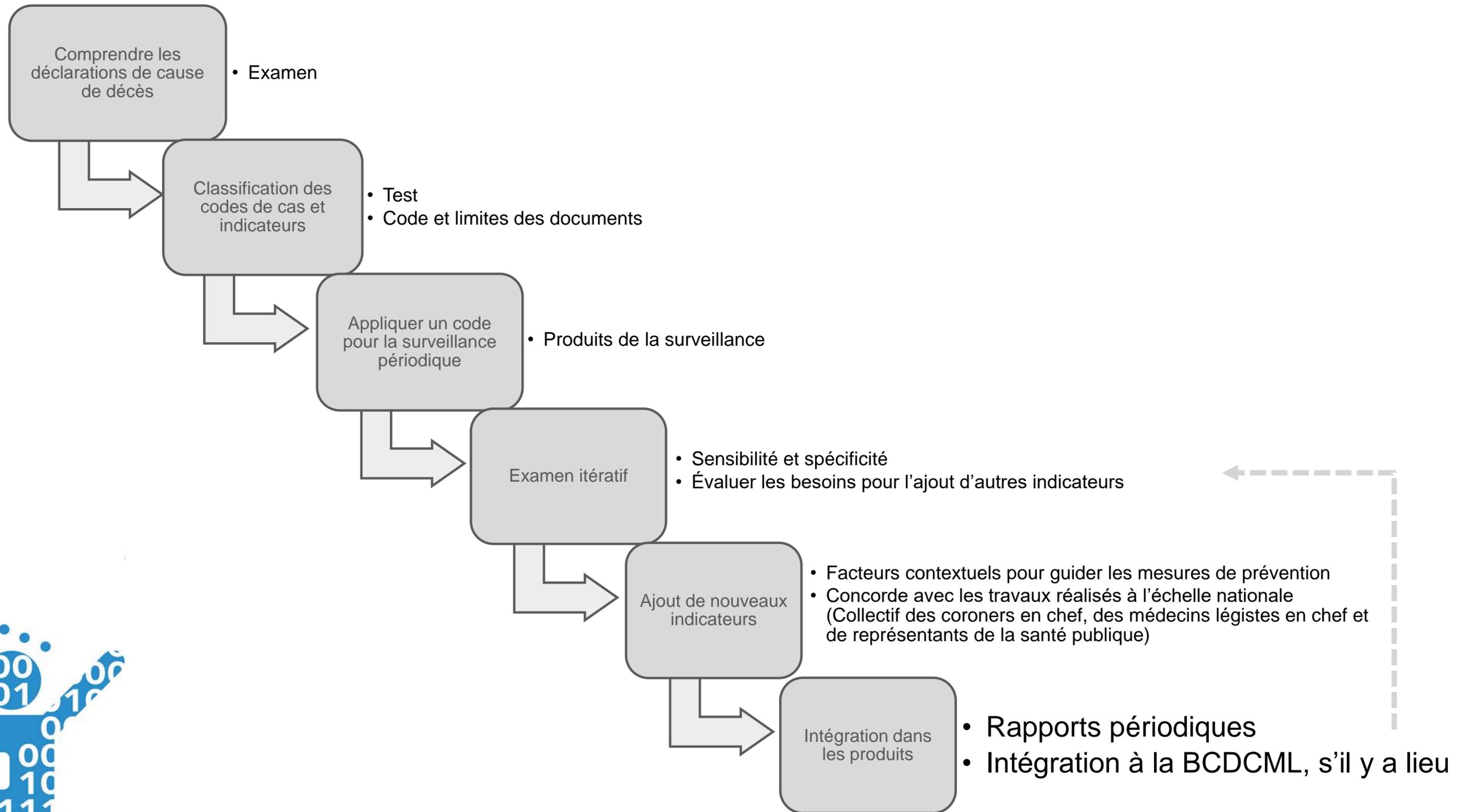
Surveillance et produits — Décès liés à une toxicité aux opioïdes et aux stimulants

- Depuis juin 2017, **29** communications de données trimestrielles ont été publiées sur Infobase Santé.
- Les activités de surveillance trimestrielle qui en résultent servent à produire divers documents utiles à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes :
 - [Infobase Santé](#) : un «outil d'exploration de données» en ligne Moyen accessible au public pour la diffusion des résultats de la surveillance
 - [Déclaration des ministres et](#) les messages qui y sont associés publiés sur X (anciennement Twitter)
 - [Déclaration commune](#) des coprésidents du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes
 - Page Web de Santé Canada ([Mesures fédérales sur la crise des surdoses](#))
 - [Rapports de modélisation](#) préparés par la Division des méfaits liés aux substances de l'ASPC
 - Contexte pour d'autres travaux ministériels, dont ceux du Service d'analyse des drogues de Santé Canada



Activités de surveillance au sein du Service du médecin légiste de la Nouvelle-Écosse

Programmes de surveillance de la santé publique : données du médecin légiste au service de la prévention



Exemples de la Nouvelle-Écosse : Données du Service du médecin légiste

- Données de surveillance à jour, accessibles au public :
 - Historique des données sur les décès par suicide
 - » Tendances dans le temps et l'espace, par tranche d'âge et sexe, par moyens de suicide, par dimension de déprivation
 - Tableaux et visualisation de données sur la mortalité par intoxication aux drogues
 - » Tendances dans le temps et l'espace par type de drogue, par tranche d'âge et sexe, par conditions de vie de la personne décédée, par présence ou non de témoins et/ou de leur connaissance que la personne décédée avait consommé de la drogue, par lieu des épisodes de toxicité.
- Prochains rapports :
 - Tendances de la mortalité dans le groupe d'âge des moins de 25 ans; toutes causes confondues pour les cas ayant fait l'objet d'une enquête du Service du médecin légiste de la Nouvelle-Écosse
 - » Appui au travail du Comité d'examen des décès d'enfants : rapport annuel et recommandations
 - Évolution de la mortalité des conducteurs de véhicules à moteur, par drogues détectées
 - » Les parties intéressées de la justice et de la santé publique

Surveillance des décès assurée par le Service du médecin légiste de la Nouvelle-Écosse

1. Rapidité

- » Recherche d'une éventuelle association entre la mortalité par suicide et les mesures de lutte contre la pandémie
- » Dépistage de toute hausse des décès par toxicité par des mises à jour mensuelles de la surveillance

2. Exactitude, spécificité des causes et types de décès

- » Capacité à suivre les décès dus à la méthamphétamine avant leur ajout à la CIM (Classification internationale des maladies)

3. Contexte

- » Conditions de vie des personnes décédées par intoxication aux drogues
- » Associations entre les déterminants structurels et sociaux de la santé, et le suicide et l'homicide
- » Activité au moment du décès et aptitude à nager rapportée pour les décès par noyade
- » Décès directement liés au climat et/ou aux catastrophes
- » Facteurs de risque et facteurs de protection associés aux décès de nourrissons dont la cause est indéterminée

Surveillance des décès assurée par le Service du médecin légiste de la Nouvelle-Écosse

Original quantitative research

Suicide and drug toxicity mortality in the first year of the COVID-19 pandemic: use of medical examiner data for public health in Nova Scotia

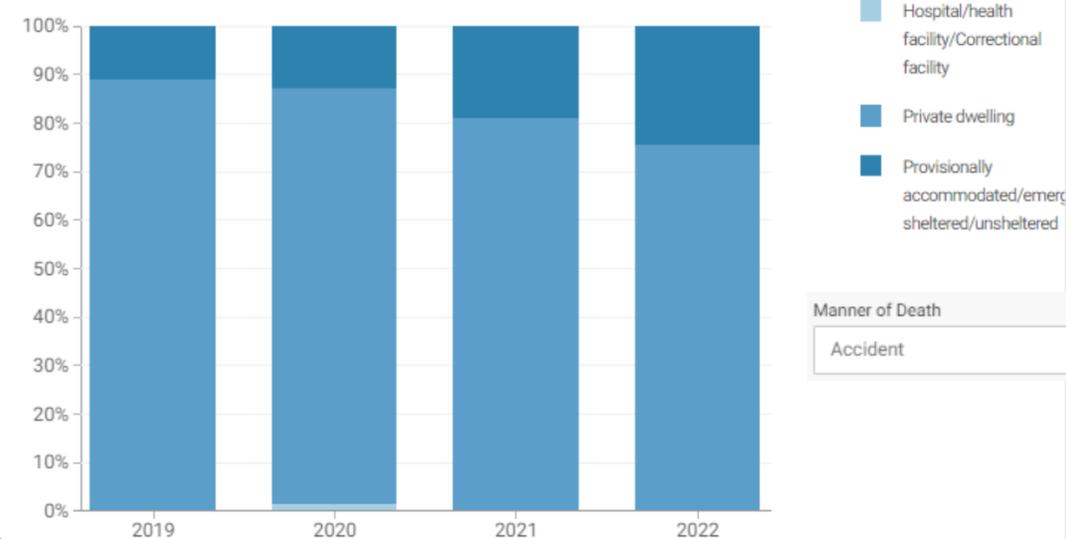
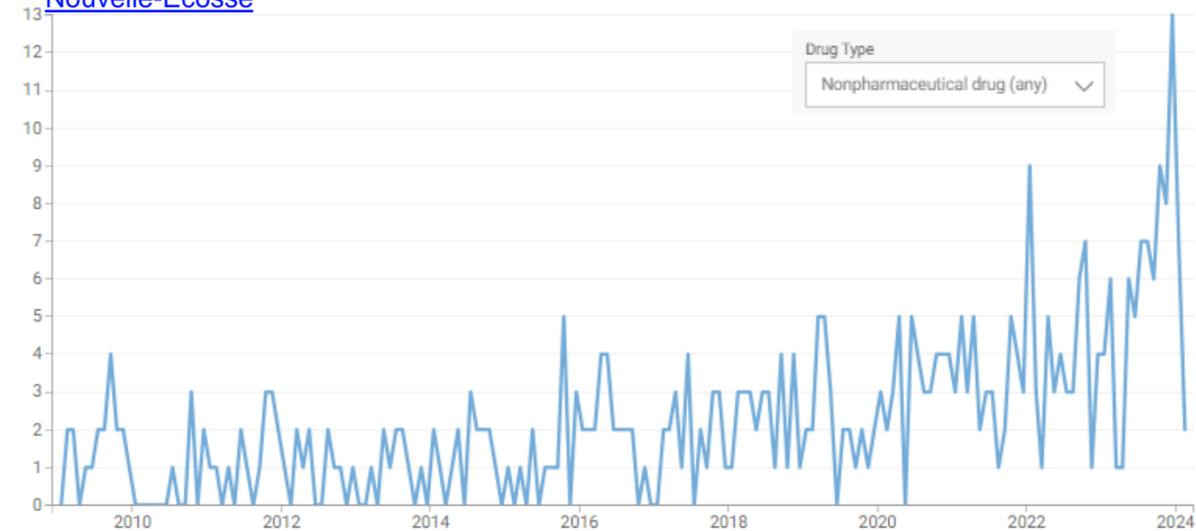
Highlights

- Unintended consequences of the COVID-19 pandemic and the resulting regulations and policies may include increased suicide and/or drug toxicity mortality.
- Suicide mortality decreased during the first year of the pandemic, a finding that was in agreement with international findings and was not related to reporting lags.

[Suicide et décès par intoxication aux drogues au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 : utilisation des données du médecin légiste pour la santé publique en Nouvelle-Écosse — Canada.ca](#)

Décès par intoxication aux drogues : exemples d'indicateurs

[Nombres et taux de décès liés aux substances en Nouvelle-Écosse | Données ouvertes | Nouvelle-Écosse](#)

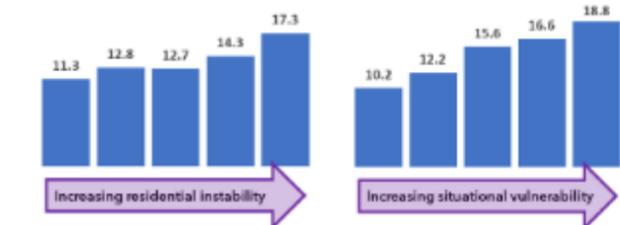


[Informé avec des données ouvertes : Le suicide en Nouvelle-Écosse | Données ouvertes | Nouvelle-Écosse](#)

Suicide rates across communities with different characteristics

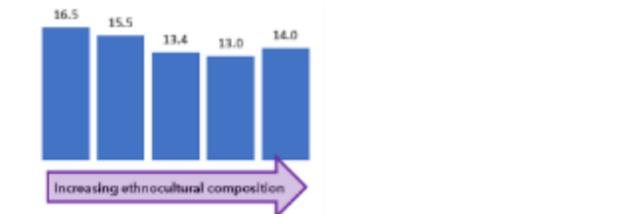
To look at differences in suicide rates across communities which have similar demographic and socioeconomic compositions, the [Canadian Index of Multiple Deprivation \(CIMD\)](#) can be used. The CIMD groups areas together based on similarities in dimensions of deprivation, including residential instability and situational vulnerability. Areas can be grouped into five levels (or quintiles) of 'situational vulnerability'. More information about these composite measures based on census data is available through [Statistics Canada](#). For these two measures, based on 10 years of mortality data, there was an increasing trend in suicide rates from the most stable to least stable, for both the residential instability dimension, and from the least vulnerable to most vulnerable, for the situational vulnerability dimension.

Mean Annual Suicide Mortality Rate per 100,000 population, NS, 2012-2021, by CIMD quintiles



Another CIMD dimension looks at a measure named 'ethno-cultural composition'. This dimension did not show the same pattern in suicide rates as the previous two dimensions. For this dimension, increased ethno-cultural composition was not associated with the highest suicide rates. The communities which ranked lowest for ethno-cultural composition had the highest suicide rates.

Mean Annual Suicide Mortality Rate per 100,000 population, NS, by CIMD quintiles



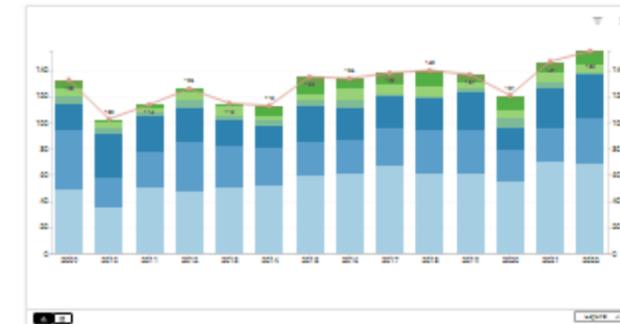
These composite measures can inform discussions on societal and community-level life promotion and suicide prevention activities. While these census-derived dimensions come from a lens of community deprivation, community strengths can be observed.

Methods of suicide in our province and what it means for suicide prevention

One of the ways to prevent suicide is limiting access to lethal means for a person at risk of suicide, known as means restriction. The Harvard School of Public Health found that limiting access to lethal weapons is especially important if the person is experiencing a short-term crisis. [\(https://www.hsph.harvard.edu/means-restriction/\)](#) Reducing access to lethal means such as guns and large volumes of medication is important when someone is feeling suicidal. Some lethal means are difficult to monitor because of their widespread availability.

In Nova Scotia, hanging is the most common method of suicide death, and this lethal means is not something that can be removed or restricted in most settings (an exception may be institutional settings). The graph below shows suicide deaths in Nova Scotia by suicide method by year.

Annual Frequencies of Suicide Deaths by Suicide Method



It is important to recognize that means restriction is one small piece of a larger suicide prevention and risk reduction strategy. Considering more upstream measures that address the social and economic factors that can cause or contribute to suicide risk together with concrete that support life promotion is an important part of Nova Scotia's Suicide Prevention and Risk Reduction Framework.

Suicide is complex

The Nova Scotia mortality data tells us an important story of how suicide can vary across individual and community factors. Suicide prevention efforts should consider these factors. Suicide prevention efforts need to go beyond individual-level interventions. In addition to clinical treatments, suicide prevention and risk reduction includes prevention that happens at the community and societal levels. Prevention strategies can include increasing financial and housing stability, poverty reduction strategies, reducing stigma and discrimination, and increasing community belonging. Historical injustices, systemic discrimination and racism, and the impacts of intergenerational trauma need to be addressed.

In addition to considering how individuals can more easily access clinical interventions, using a public health approach allows us to focus on societal contexts and prevention strategies that impact communities. This approach will improve not only the health of individuals but also the health of populations. Life promotion is a broad term that includes factors that help people build resilience before a crisis happens. Taking a life promotion approach allows for focus on preventing suicide before people are in crisis and to understand and address a broad range of risk and protective factors.

While mortality data were the focus here, further information from several sources can contribute to understanding suicide prevention and life promotion. Sources may include health care utilization data, or visits to the health care system, and surveys of the population.



Nouvelle-Écosse : Rapports publics de surveillance des décès

- L'information publiée profite à de nombreuses parties prenantes
 - La santé publique et les partenaires du système de santé
 - Le Bureau des addictions et de la santé mentale
 - Les partenaires de la justice et des services sociaux
 - Organismes communautaires
 - Médias
- Publication de données et d'information par l'intermédiaire de la plateforme NS Open Data
 - Comprend des tableaux de données et des visualisations
 - Proactive, transparente, accessible, elle appuie la recherche
 - Le processus de diffusion des données obéit à des lignes directrices destinées à atténuer les risques de divulgation de renseignements personnels, d'attributs et de données communautaires.

Messages d'aujourd'hui à retenir



- Le Collectif des coroners en chef, des médecins légistes en chef et de représentants de la santé publique est une initiative intersectorielle innovatrice de partenaires fédéraux, provinciaux et des territoires travaillant à améliorer l'actualité et la comparabilité des données d'enquête sur les décès.
- Les résultats des enquêtes sur les décès représentent une source importante de données pour les activités de surveillance et de recherche en santé publique; elles permettent d'étayer les stratégies de santé publique visant à réduire le nombre de décès évitables.
- L'actualité, la spécificité et la contextualisation des données transmises dans le cadre de la surveillance de la santé publique permettront de mieux orienter les activités de prévention.

Merci

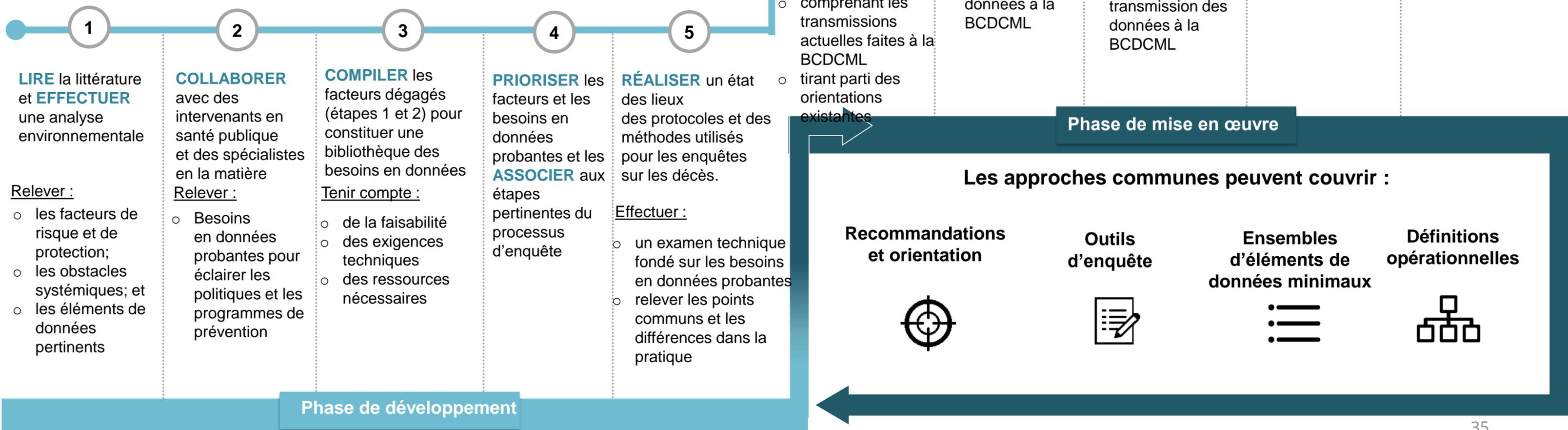
Adresse courriel du Collectif :

ccme_collaborative.secretariat-collaboratif_ccmlc@phac-aspc.gc.ca

Annexe

Cadre d'approche commune

Le Cadre d'approche commune propose une démarche itérative et progressive pour aider le Collectif à déterminer les besoins en matière de données probantes, et mettre au point des approches communes pour la transmission rapide des données comparables d'enquête sur les décès liés aux causes de décès prioritaires.



Relever :

- les facteurs de risque et de protection;
- les obstacles systémiques; et
- les éléments de données pertinents

Relever :

- Besoins en données probantes pour éclairer les politiques et les programmes de prévention

Tenir compte :

- de la faisabilité
- des exigences techniques
- des ressources nécessaires

Effectuer :

- un examen technique fondé sur les besoins en données probantes
- relever les points communs et les différences dans la pratique

En :

- collaborant avec Statistique Canada et des experts en la matière
- comprenant les transmissions actuelles faites à la BCDCML
- tirant parti des orientations existantes

Notamment :

- Documents de formation
- Processus de transmission des données à la BCDCML

Notamment :

- Mise en œuvre des approches conjointes et de la transmission des données à la BCDCML



Institute for Health
Metrics and Evaluation

Charge mondiale de la morbidité 1990-2021 : implications pour la surveillance

30 avril 2024

Christopher Murray

Aperçu

- **Qu'est-ce que la CMM?**
- Enregistrement des décès
- Causes de décès
- Expérience de la charge au niveau infranational

Qu'est-ce que la CMM?

- L'étude CMM est une initiative scientifique systématique visant à quantifier l'ampleur des principales maladies, des facteurs de risque et des résultats cliniques intermédiaires.
- **«Synthèse des données probantes basée sur des règles pour la santé mondiale»**
- La première étude CMM a débuté en 1991 pour huit régions, 106 maladies et dix facteurs de risque, 5 groupes d'âge pour l'année 1990.
- Les estimations de l'étude CMM 2021 pour chaque année de 1990 à aujourd'hui concernent 371 maladies et blessures, ainsi que 3 499 résultats cliniques (séquelles) liés à ces maladies et blessures, pour 204 pays et territoires et pour des unités infranationales dans 21 pays.

The Global Burden of Disease Study at 30 years

Christopher J. L. Murray^{1,2}

The Global Burden of Disease Study (GBD) began 30 years ago with the goal of providing timely, valid and relevant assessments of critical health outcomes. Over this period, the GBD has become progressively more granular. The latest iteration provides assessments of thousands of outcomes for diseases, injuries and risk factors in more than 200 countries and territories and at the subnational level in more than 20 countries. The GBD is now produced by an active collaboration of over 8,000 scientists and analysts from more than 150 countries. With each GBD iteration, the data, data processing and methods used for data synthesis have evolved, with the goal of enhancing transparency and comparability of measurements and communicating various sources of uncertainty. The GBD has many limitations, but it remains a dynamic, iterative and rigorous attempt to provide meaningful health measurement to a wide range of stakeholders.

The Global Burden of Disease Study (GBD) is a systematic, scientific effort to quantify the magnitude of all major diseases, risk factors and intermediate clinical outcomes in a highly standardized way, to allow for comparisons over time, across populations and between health problems. The first GBD began in 1991 and led to the first results being published in 1993, which documented for eight regions the burden of disease for 106 conditions and ten risk factors, broken down into five age groups for the year 1990. The GBD now provides estimates for each year from 1990 to the present for 371 diseases and injuries, as well as 3,499 clinical outcomes (sequelae) related to those diseases and injuries, for 204 countries and territories and for subnational units in more than 20 countries. The full time series produced in each round of the GBD is updated on an annual basis^{1,2}, although the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has delayed the release of the next GBD assessment. Since serialization in 2010, 1,842 publications on the GBD have appeared in the scientific literature.

Although there are many efforts in many countries to measure outcomes relating to single diseases or risks or groups of these, the GBD stands apart because of some core principles consistently applied over the last 30 years. Beginning in 1991, when the first GBD was undertaken as background work for the *World Development Report 1993: Investing in Health*³, the GBD was committed to the principles of best estimates, comprehensive accounting, comparable measurement, summary measures of fatal and non-fatal health outcomes and thoughtful and repeated assessment of face validity of findings. In this Perspective, we reflect on lessons learned from 30 years of the GBD. We begin by reviewing the core principles, and then we examine the universe of data for tracking health, the ongoing evolution of the statistical methods to support the GBD, the history of the broader GBD collaboration and some key future directions for the effort.

Core principles

Best estimates. The GBD estimates each quantity of interest for every location. Even when data are highly inconsistent or there are no data for a disease or risk, a best estimate is produced along with our best estimate of uncertainty. The logic is that decisions have to be made, and a best estimate borrowing insight from where data are available is better than no estimate, provided that there is clarity around the level of uncertainty. All too often, 'no data' has

been historically equated to 'no problem', biasing prioritization and agenda-setting toward diseases, injuries and risk factors for which data have been collected and/or advocacy groups exist. This commitment to best estimates has catalyzed a continuous search for better global data (volume, veracity, variety and timeliness are all prized) as well as continuous efforts for better statistical estimation methods to deal with missing data and conflicting data that inevitably remain. It also sharply distinguishes the GBD from many government or intergovernmental efforts both in health and in other social sectors and remains the most frequently misunderstood part of the GBD.

Comprehensive accounting. This second core principle applies across diseases, injuries and risks. Comparable information on the magnitude of different health problems provides an objective framework to help establish health priorities and, importantly, can also provide important insights into what topics may be neglected. In the 1990s, the GBD finding that the burden of mental health disorders was substantial relative to infectious diseases, heart disease and cancer prompted the World Health Organization (WHO) and many countries to devote more policy attention to these neglected problems⁴. A high-level view of the comparative magnitude of health problems has also highlighted the rapidity of the epidemiological transition in many middle-income (and former low-income) countries where the profile of burden has shifted from communicable, maternal, neonatal and nutritional deficiencies to non-communicable diseases and injuries⁵. In more recent years, this principle has had increasing benefits as this comprehensive estimation has become a somewhat unique resource, in allowing the holistic forecasting of population health effects in an ever more rapidly changing and challenged world.

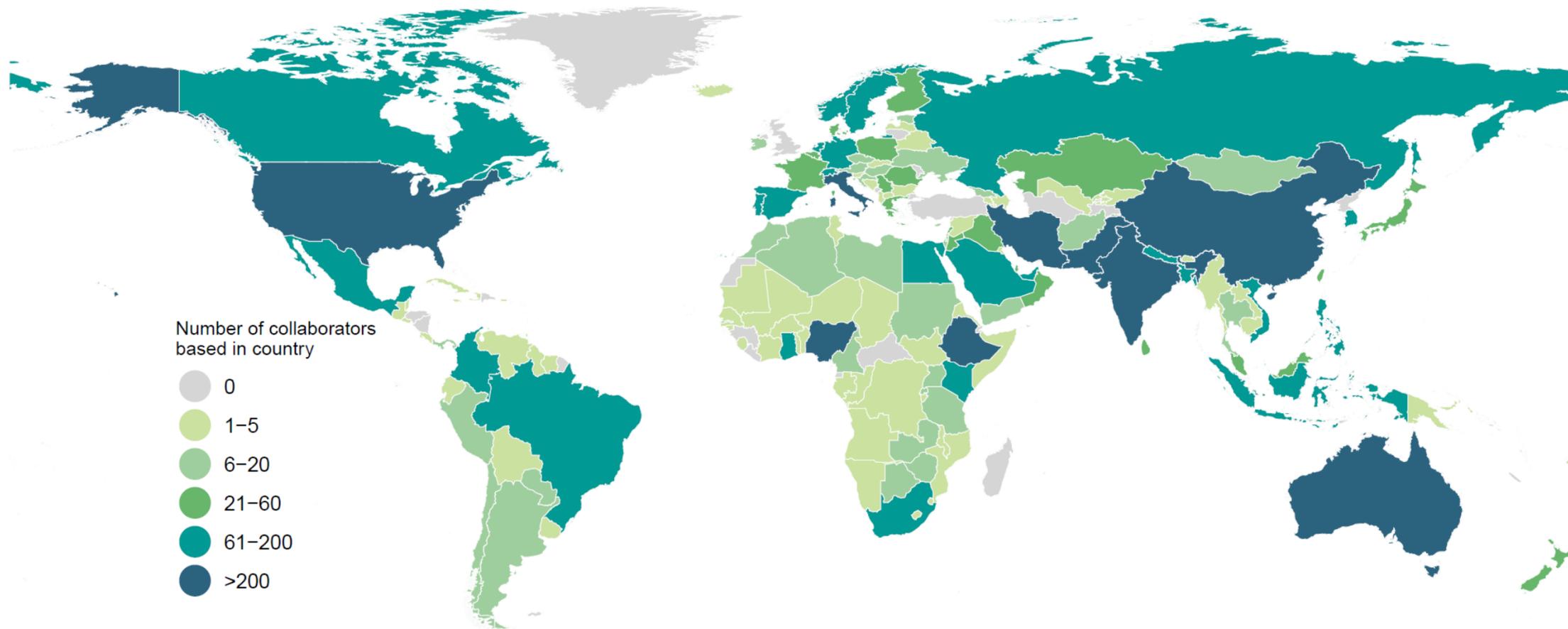
Comparability of measurement. Comprehensive accounting requires a focus on comparability of measurement. Many authors and statistical authorities have argued that the most important comparisons are within a country; but, from the beginning of the GBD, we have seen the value of emphasizing comparability over time and across place. Decision-makers who use the GBD results are drawn to understanding why their community may have a larger or smaller burden from a condition or, even more importantly, faster or slower rates of decline or increase in a disease, injury or risk factor.

¹Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA, USA. ²Department of Health Metrics Sciences, School of Medicine, University of Washington, Seattle, WA, USA. ✉e-mail: cjlm@uw.edu

Murray CJL. «The global burden of disease study at 30 years». *Nature Medicine*. Octobre 2022.

Collaboration pour l'étude CMM

Un écosystème de mesures de la santé composé de plus de **11 969** collaborateurs dans **163** pays et territoires



THE AGA KHAN UNIVERSITY



ROBERT KOCH INSTITUT



PUBLIC HEALTH FOUNDATION OF INDIA



MINISTRY OF HEALTH SINGAPORE



UK Health Security Agency



NTNU



GOVERNMENT OF NEPAL
NEPAL HEALTH RESEARCH COUNCIL



Pan American Health Organization

Global Health Data Exchange (GHDx)

IHME | GHDx | GBD Compare



[Home](#) [Countries](#) [Series and Systems](#) [Organizations](#) [Keywords](#) [IHME Data](#) [About the GHDx](#)

Global Health Data Exchange

Welcome to the GHDx, the world's most comprehensive catalog of surveys, censuses, vital statistics, and other health-related data. It's the place to start your health data search. Learn more about the catalog in [GHDx Help](#).

- [GBD 2019 data](#)
- [All IHME data](#)

Data made available for download by IHME can be used, shared, modified, or built upon by non-commercial users in accordance with the [IHME FREE-OF-CHARGE NON-COMMERCIAL USER AGREEMENT](#). For more information (and inquiries about commercial use), visit IHME [Terms and Conditions](#).

Search Data

[Advanced search >>>](#)

Search



Countries

Afghanistan

Search

Évolution de la source de données GHDx :

Le NID est un identifiant unique pour une source de données. Par exemple, les bilans alimentaires de la FAO ont un NID unique.

Certains NID couvrent plus d'un pays et produisent donc de nombreux points de données.

GBD Compare : des outils en ligne permettant d'accéder à des résultats détaillés, www.healthdata.org

Home > Data tools and practices > Interactive data visuals

GBD Compare

Updated October 15, 2020

Topics

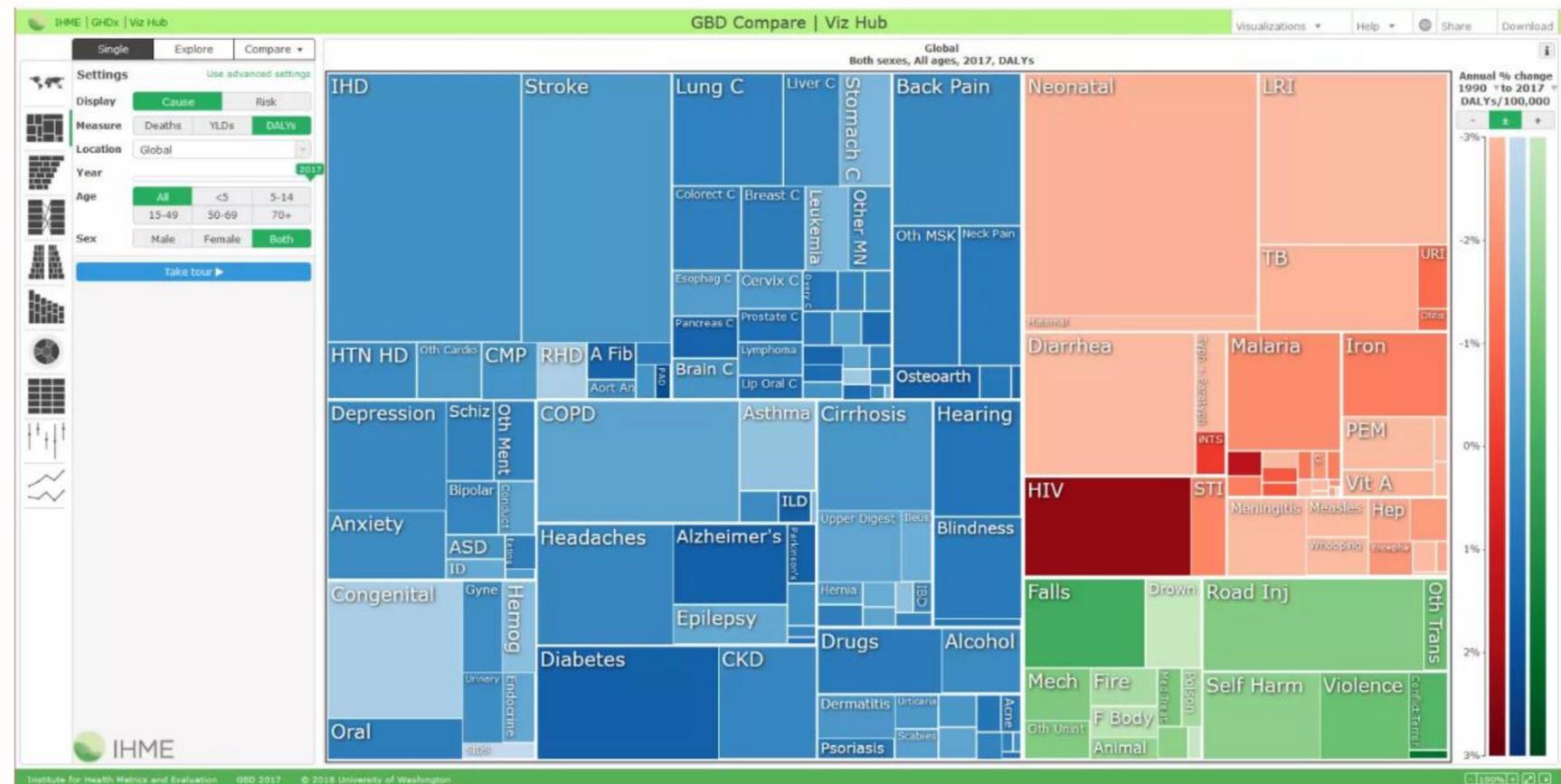
DISABILITY

RISK FACTORS

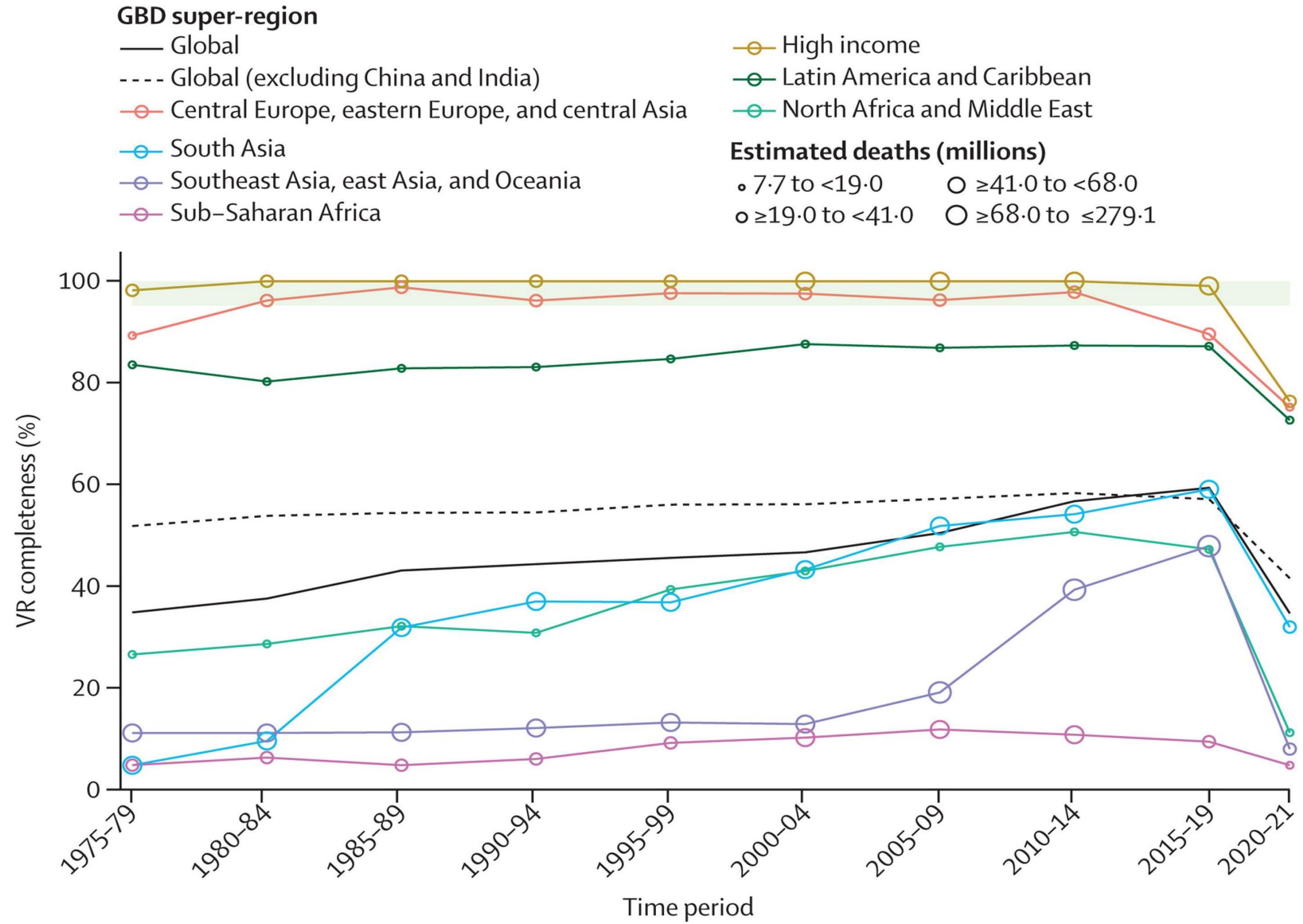
INJURIES

Locations

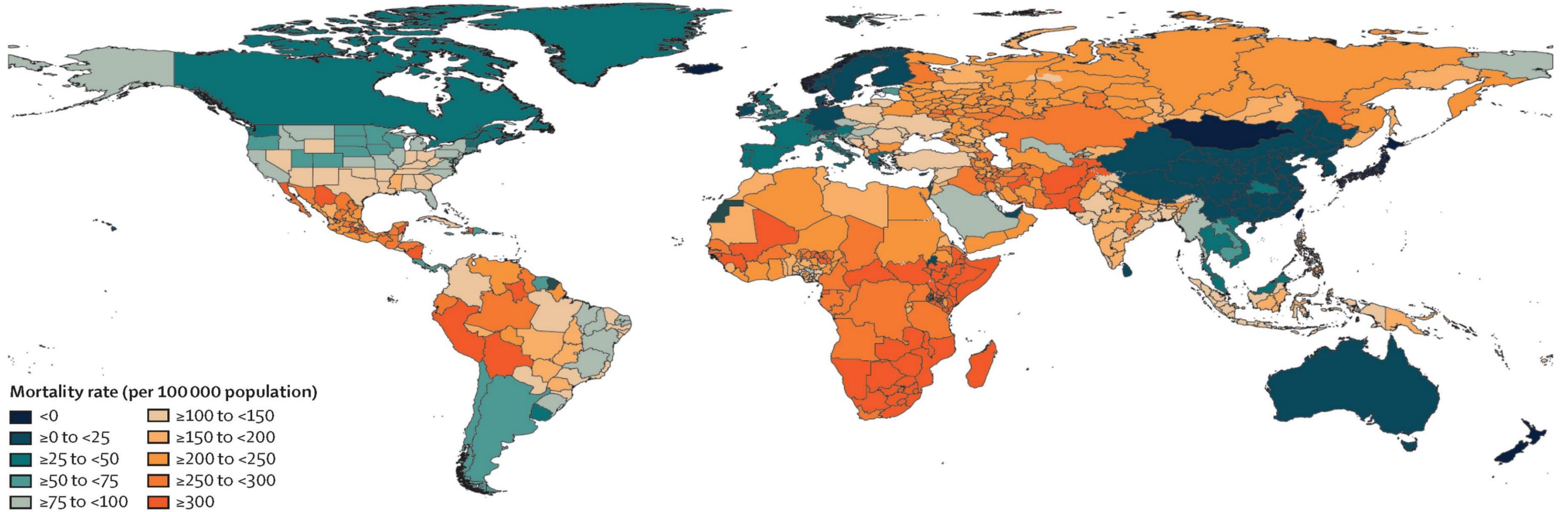
GLOBAL



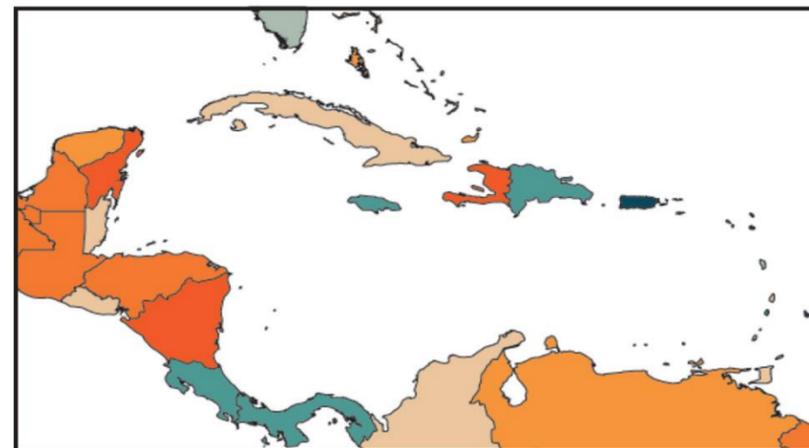
Complétude des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil dans les super-régions de la CMM, 1975 - 2021



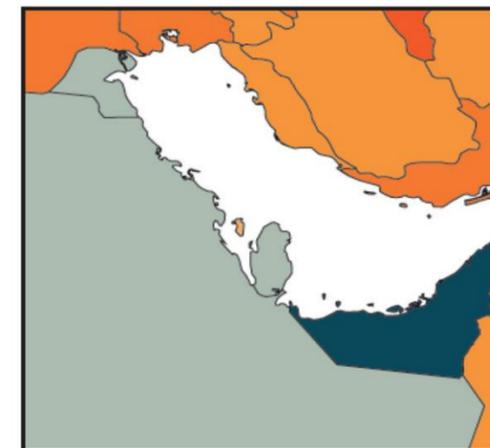
Répartition mondiale des taux de surmortalité standardisés par âge dus à la pandémie de COVID-19, 2020 et 2021 combinés



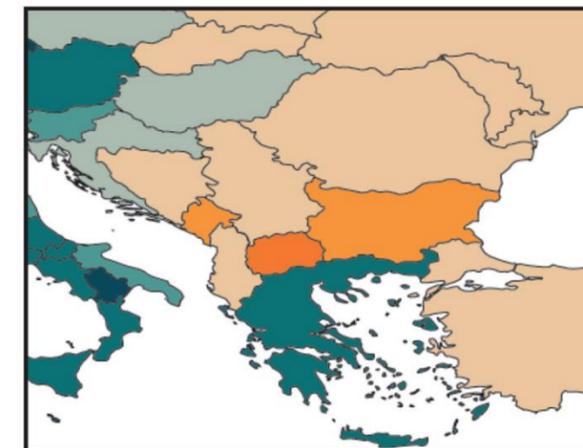
Caribbean and central America



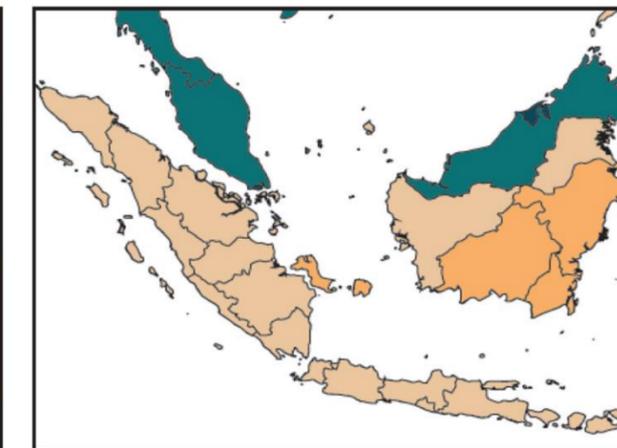
Persian Gulf



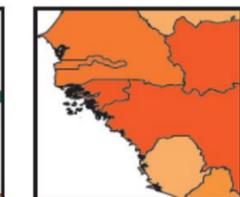
The Balkans



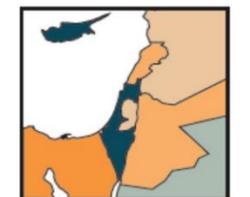
Southeast Asia



West Africa



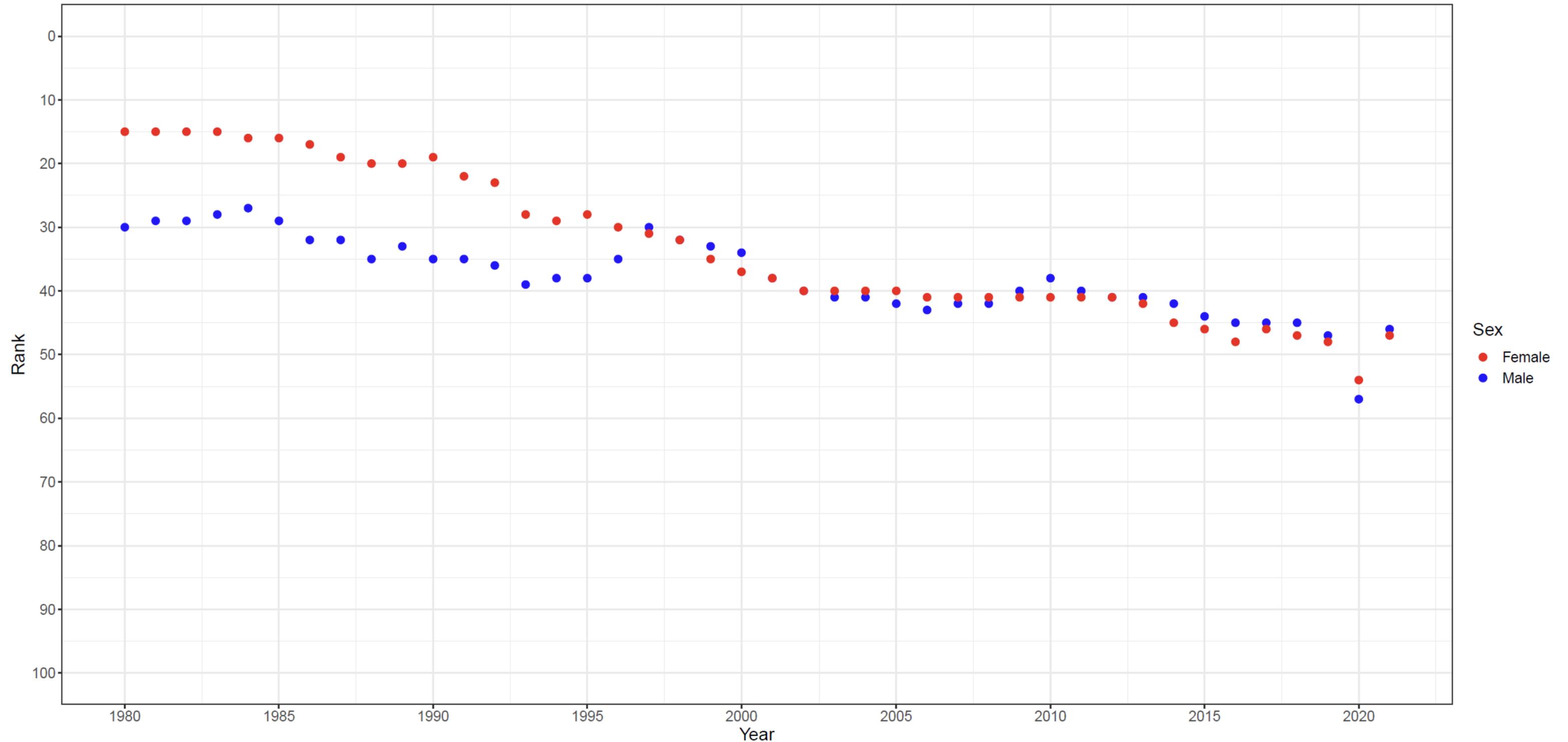
Eastern Mediterranean



Northern Europe



Classement de l'espérance de vie des États-Unis dans 204 pays



CMM 2021

Six documents de synthèse de référence :

Causes de décès et décomposition de l'espérance de vie — publié en ligne le 3 avril

Le numéro complet de *Lancet* comprenant les six publications de référence et un point de vue sera publié le 16 mai

Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021



GBD 2021 Causes of Death Collaborators*



Summary

Background Regular, detailed reporting on population health by underlying cause of death is fundamental for public health decision making. Cause-specific estimates of mortality and the subsequent effects on life expectancy worldwide are valuable metrics to gauge progress in reducing mortality rates. These estimates are particularly important following large-scale mortality spikes, such as the COVID-19 pandemic. When systematically analysed, mortality rates and life expectancy allow comparisons of the consequences of causes of death globally and over time, providing a nuanced understanding of the effect of these causes on global populations.

Methods The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2021 cause-of-death analysis estimated mortality and years of life lost (YLLs) from 288 causes of death by age-sex-location-year in 204 countries and territories and 811 subnational locations for each year from 1990 until 2021. The analysis used 56 604 data sources, including data from vital registration and verbal autopsy as well as surveys, censuses, surveillance systems, and cancer registries, among others. As with previous GBD rounds, cause-specific death rates for most causes were estimated using the Cause of Death Ensemble model—a modelling tool developed for GBD to assess the out-of-sample predictive validity of different statistical models and covariate permutations and combine those results to produce cause-specific mortality estimates—with alternative strategies adapted to model causes with insufficient data, substantial changes in reporting over the study period, or unusual epidemiology. YLLs were computed as the product of the number of deaths for each cause-age-sex-location-year and the standard life expectancy at each age. As part of the modelling process, uncertainty intervals (UIs) were generated using the 2.5th and 97.5th percentiles from a 1000-draw distribution for each metric. We decomposed life expectancy by cause of death, location, and year to show cause-specific effects on life expectancy from 1990 to 2021. We also used the coefficient of variation and the fraction of population affected by 90% of deaths to highlight concentrations of mortality. Findings are reported in counts and age-standardised rates. Methodological improvements for cause-of-death estimates in GBD 2021 include the expansion of under-5-years age group to include four new age groups, enhanced methods to account for stochastic variation of sparse data, and the inclusion of COVID-19 and other pandemic-related mortality—which includes excess mortality associated with the pandemic, excluding COVID-19, lower respiratory infections, measles, malaria, and pertussis. For this analysis, 199 new country-years of vital registration cause-of-death data, 5 country-years of surveillance data, 21 country-years of verbal autopsy data, and 94 country-years of other data types were added to those used in previous GBD rounds.

Findings The leading causes of age-standardised deaths globally were the same in 2019 as they were in 1990; in descending order, these were, ischaemic heart disease, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and lower respiratory infections. In 2021, however, COVID-19 replaced stroke as the second-leading age-standardised cause of death, with 94.0 deaths (95% UI 89.2–100.0) per 100 000 population. The COVID-19 pandemic shifted the rankings of the leading five causes, lowering stroke to the third-leading and chronic obstructive pulmonary disease to the fourth-leading position. In 2021, the highest age-standardised death rates from COVID-19 occurred in sub-Saharan Africa (271.0 deaths [250.1–290.7] per 100 000 population) and Latin America and the Caribbean (195.4 deaths [182.1–211.4] per 100 000 population). The lowest age-standardised death rates from COVID-19 were in the high-income super-region (48.1 deaths [47.4–48.8] per 100 000 population) and southeast Asia, east Asia, and Oceania (23.2 deaths [16.3–37.2] per 100 000 population). Globally, life expectancy steadily improved between 1990 and 2019 for 18 of the 22 investigated causes. Decomposition of global and regional life expectancy showed the positive effect that reductions in deaths from enteric infections, lower respiratory infections, stroke, and neonatal deaths, among others have contributed to improved survival over the study period. However, a net reduction of 1.6 years occurred in global life expectancy between 2019 and 2021, primarily due to increased death rates from COVID-19 and other pandemic-related mortality. Life expectancy was highly variable between super-regions over the study period, with southeast Asia, east Asia, and Oceania gaining 8.3 years (6.7–9.9) overall, while having the smallest reduction in life expectancy due to COVID-19 (0.4 years). The largest reduction in life expectancy due to COVID-19 occurred in Latin America and the Caribbean (3.6 years). Additionally, 53 of the 288 causes of death were highly concentrated in locations with less than 50% of the global population as of 2021.

Published Online

April 3, 2024

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)

50140-6736(24)00367-2

*Collaborators are listed at the

end of the Article

Correspondence to:

Prof Simon I Hay, Institute for

Health Metrics and Evaluation,

University of Washington,

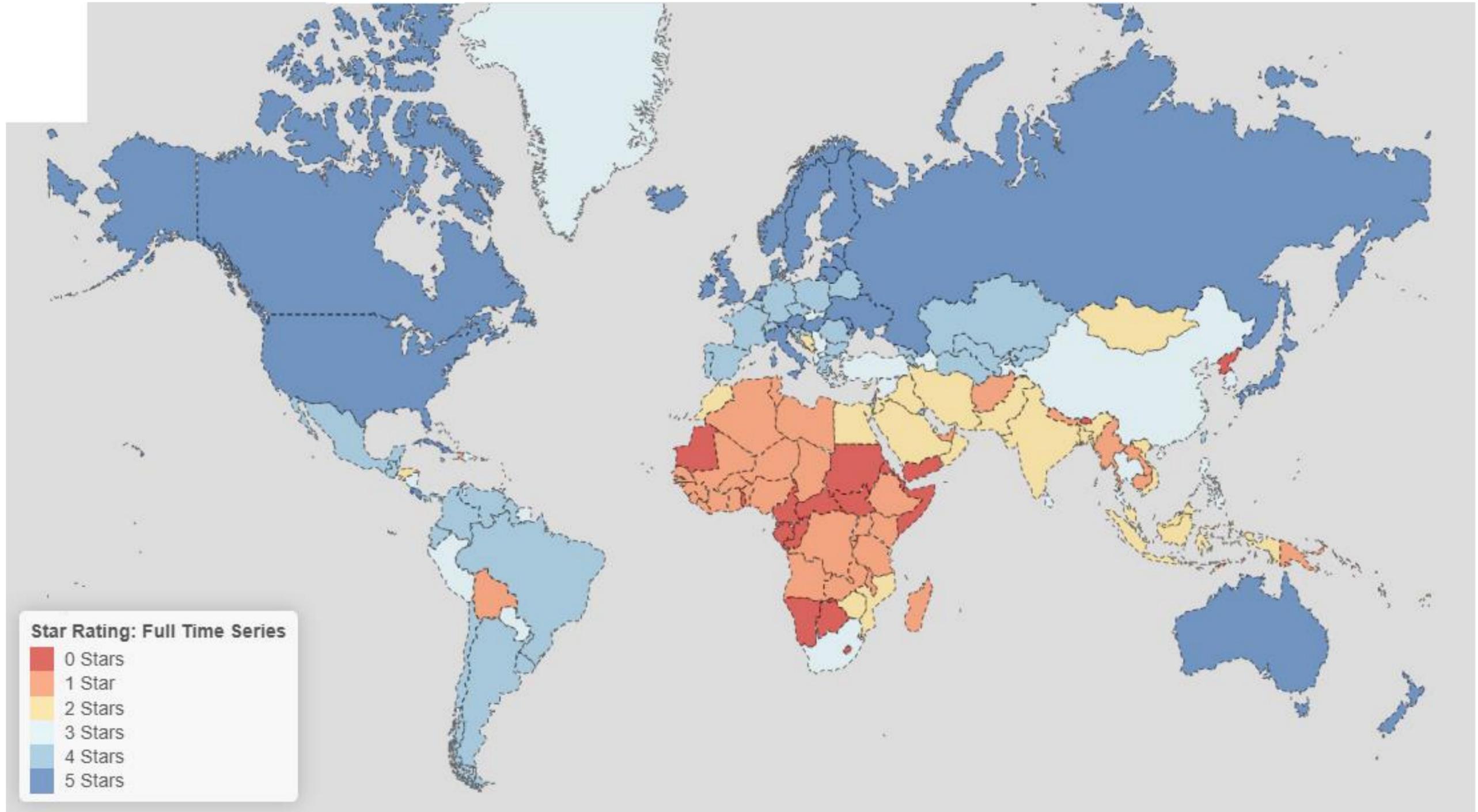
Seattle, WA 98195, USA

shay@uw.edu

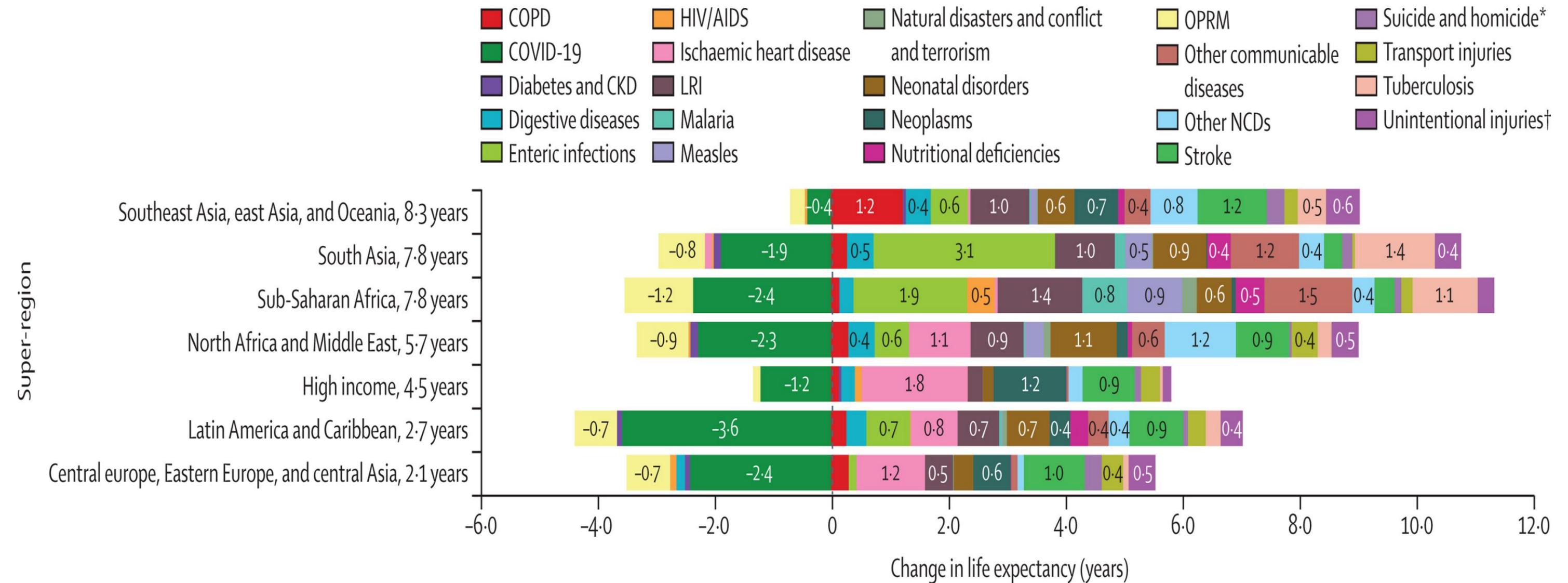
www.thelancet.com Published online April 3, 2024 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)

1

Classement par étoiles des données sur les causes de décès pour la période 1980 - 2021 en fonction de la qualité de l'affectation des décès et de l'exhaustivité



Évolution de l'espérance de vie attribuable aux principales causes de décès dans les super-régions, 1990 - 2021



Projet sur la charge de morbidité et les disparités en matière de santé aux États-Unis

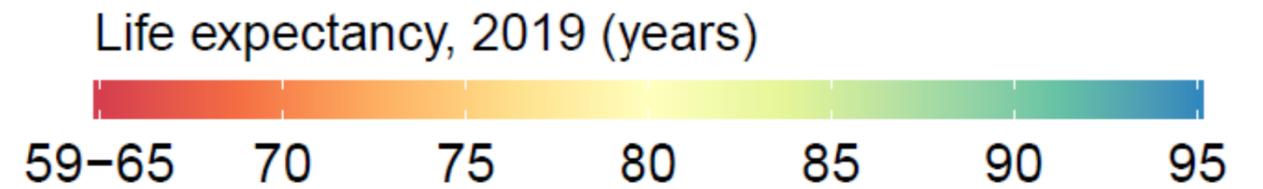
Objectif : Estimer la charge de morbidité et les disparités en matière de santé aux États-Unis au niveau des comtés, stratifiés en fonction de la population raciale et ethnique.

Utilisation de la même approche conceptuelle que l'étude sur la charge mondiale de morbidité (CMM) :

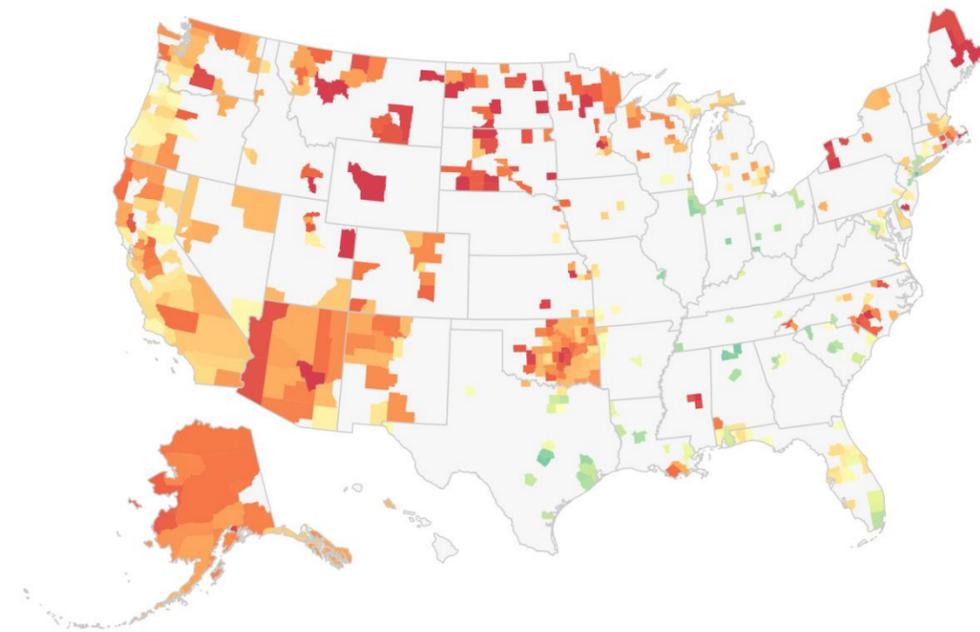
- Se concentrer sur tous les aspects de la perte de santé et sur diverses mesures :
 - *Mesures traditionnelles* : taux de mortalité, d'incidence et de prévalence
 - *Mesures d'impact* : années de vie perdues (AVP), années vécues avec une incapacité (AVI)
 - *Mesures synthétiques* : années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI), espérance de vie en bonne santé (EVBS)
- Prendre en compte un large éventail de problèmes de santé
- Estimer à la fois l'exposition et la charge attribuable à certains facteurs de risque

Ce projet est financé par les NIH et entrepris en collaboration avec le groupe de travail des NIH sur le fardeau des disparités en matière de santé aux États-Unis.

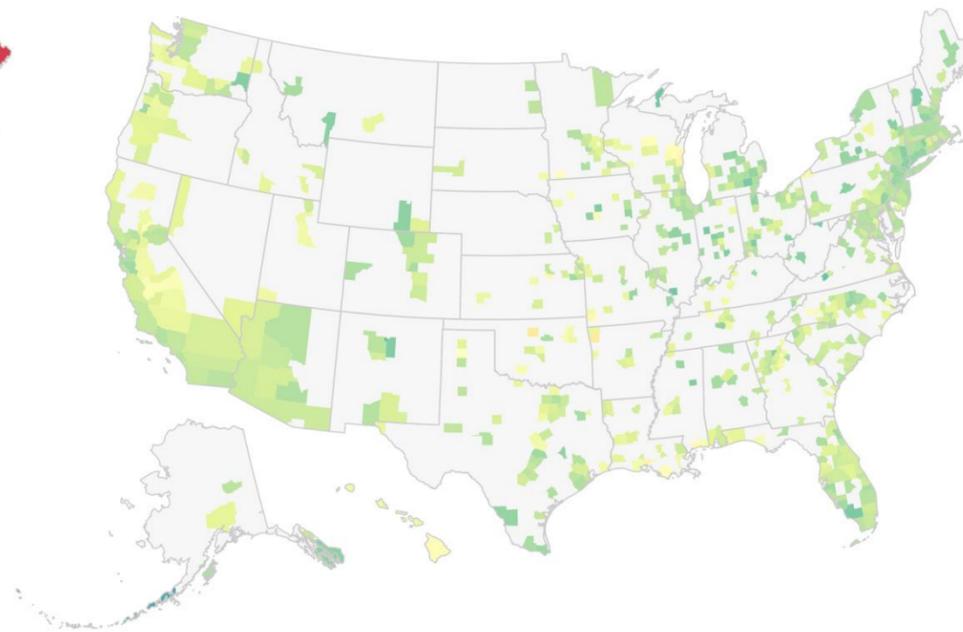
Espérance de vie par comté, 2019



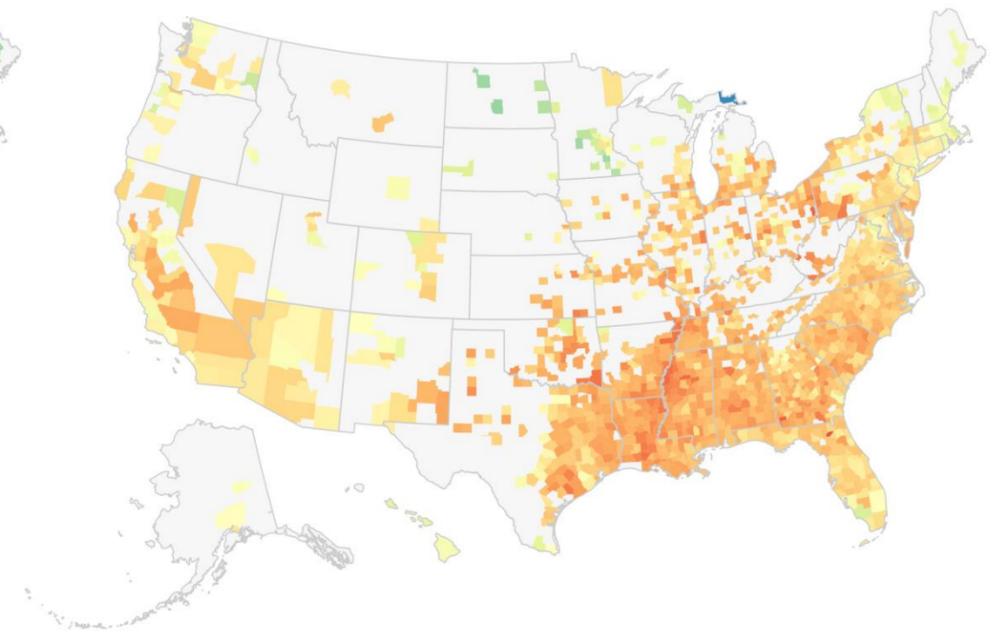
AIAN



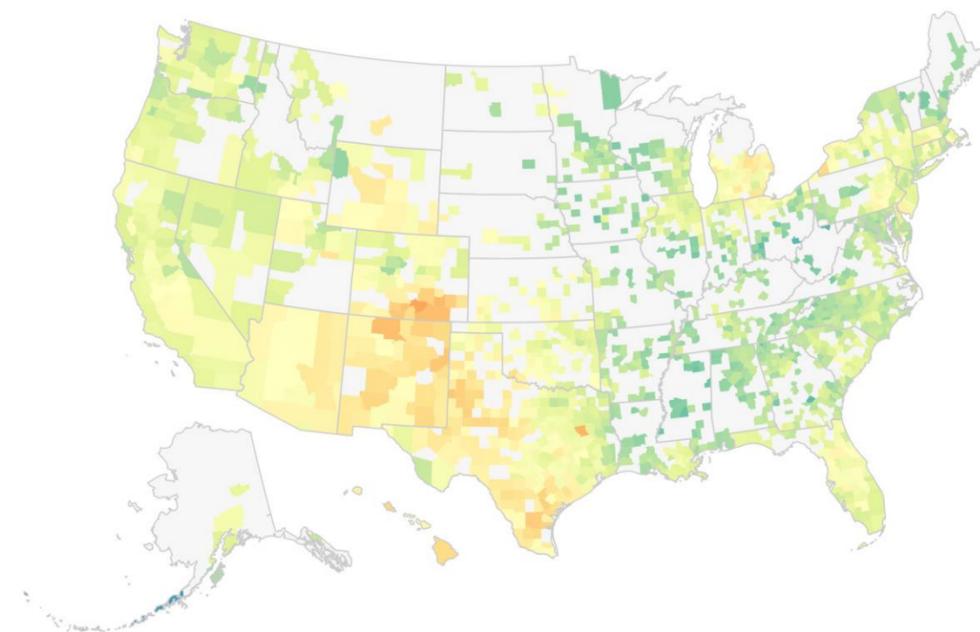
Asian



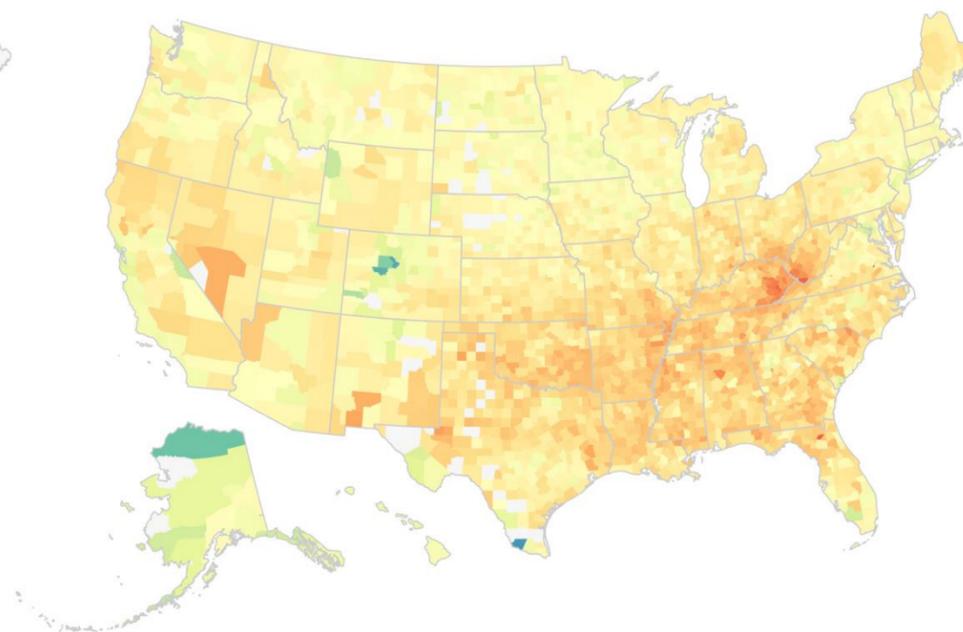
Black



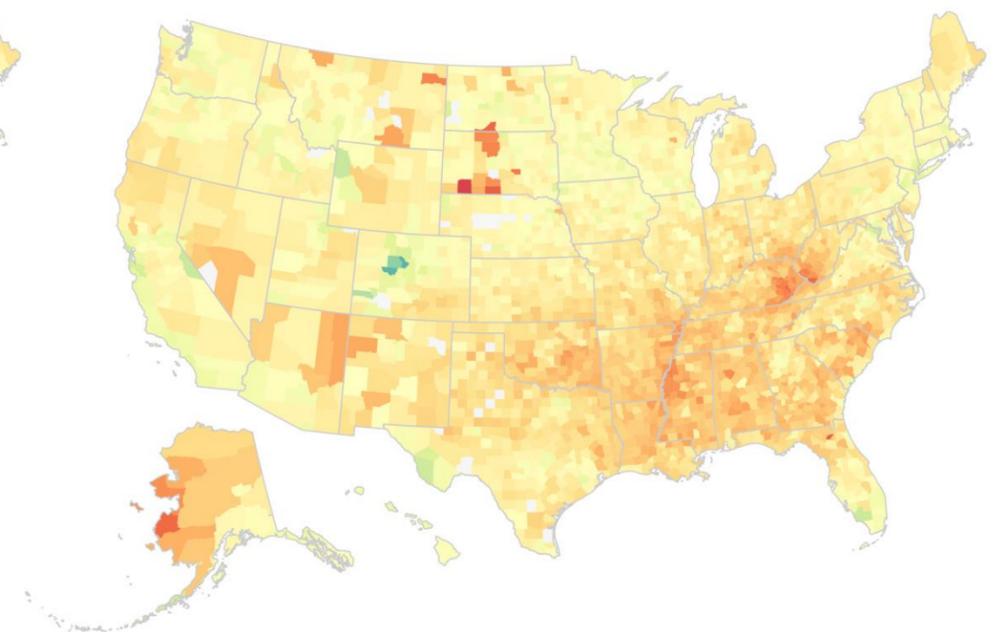
Latino



White

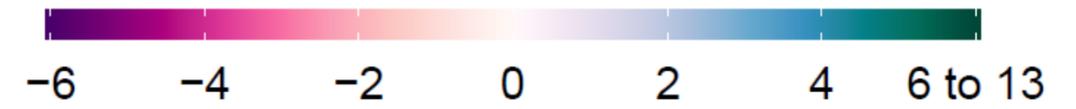


Total

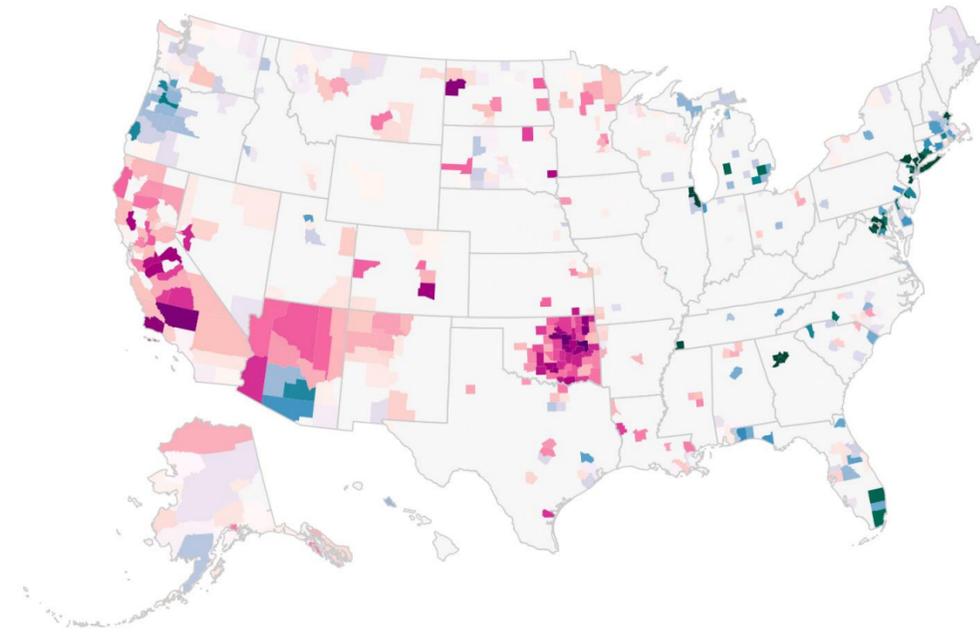


Évolution, 2000–2019

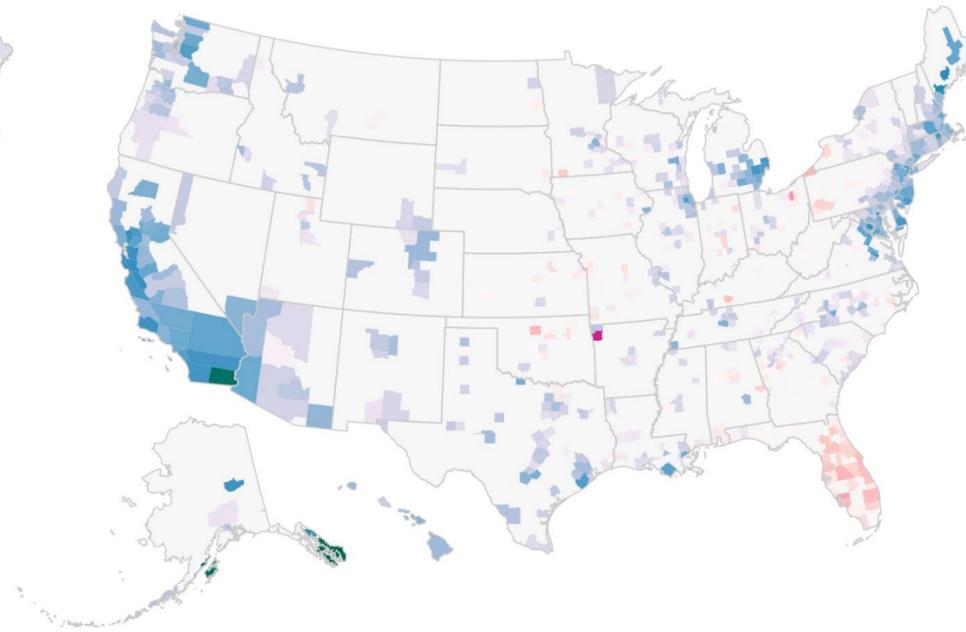
Change in life expectancy, 2000 to 2019 (years)



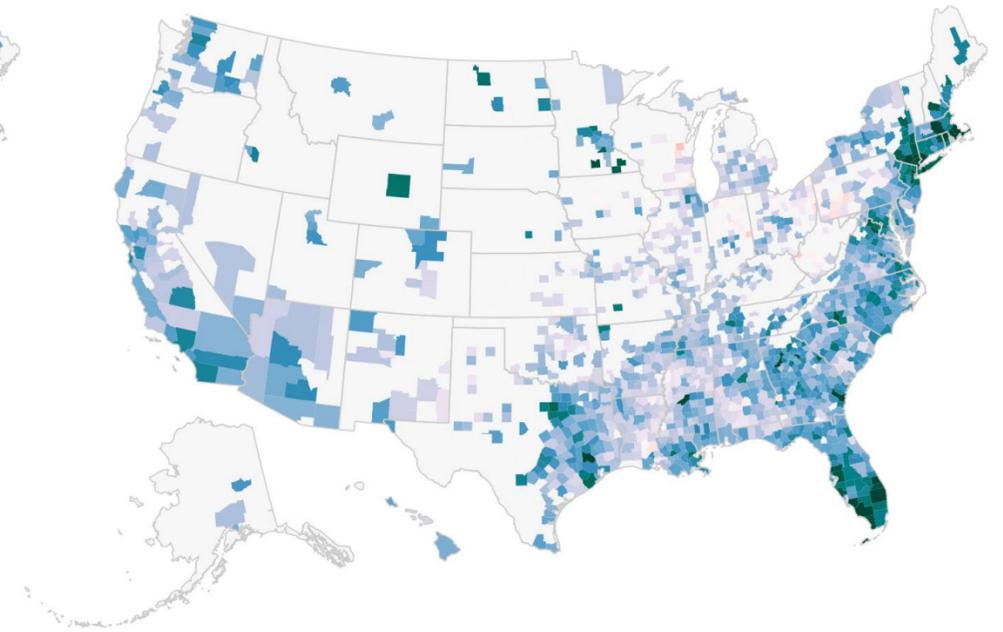
AIAN



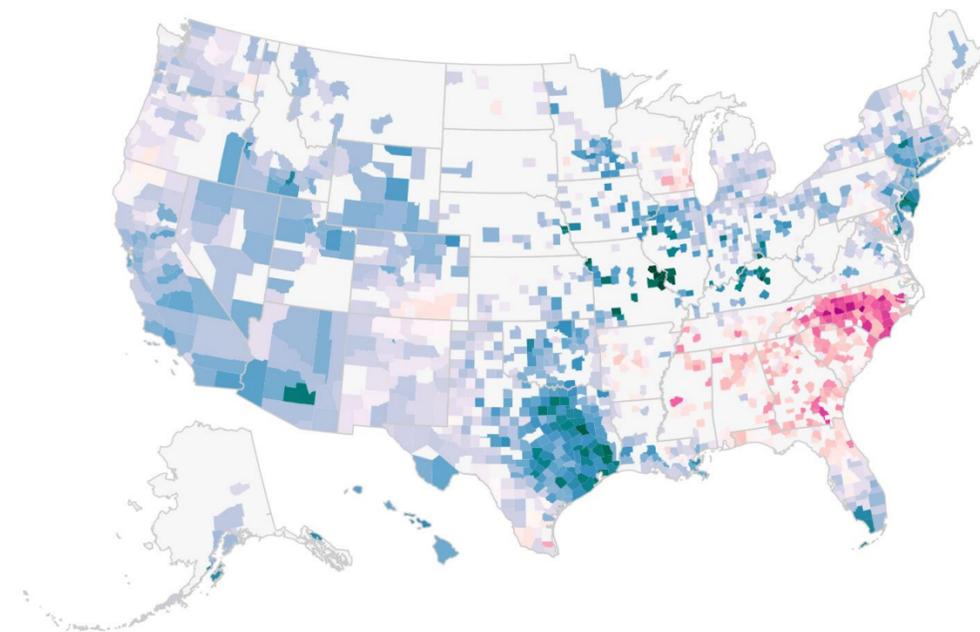
Asian



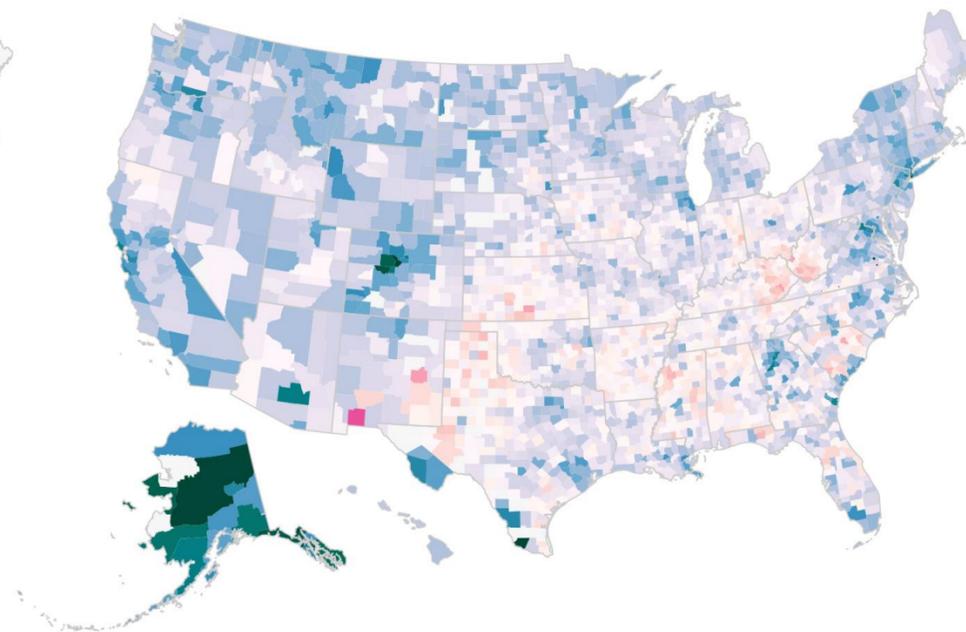
Black



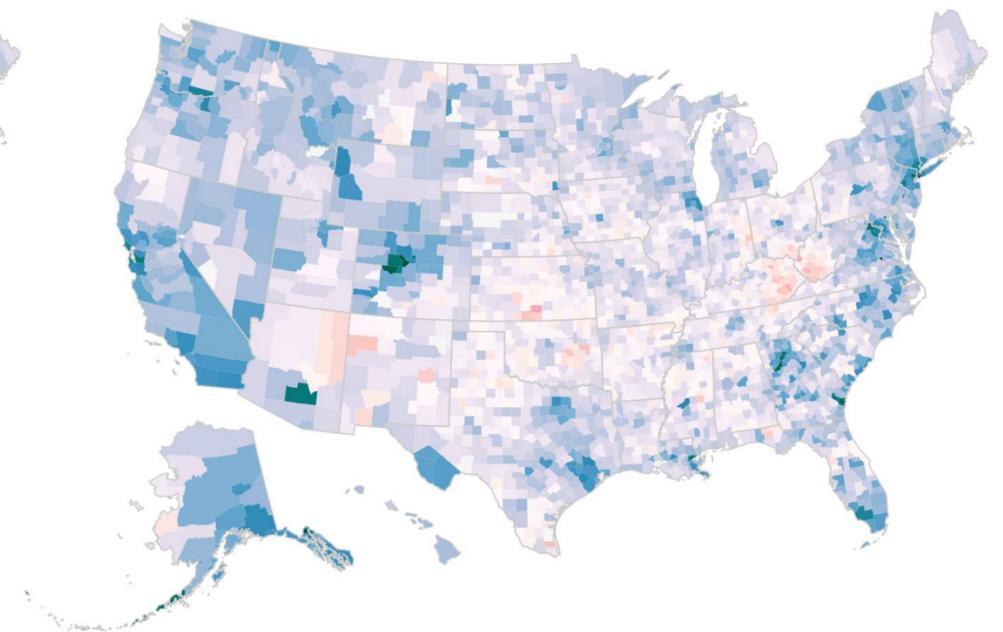
Latino



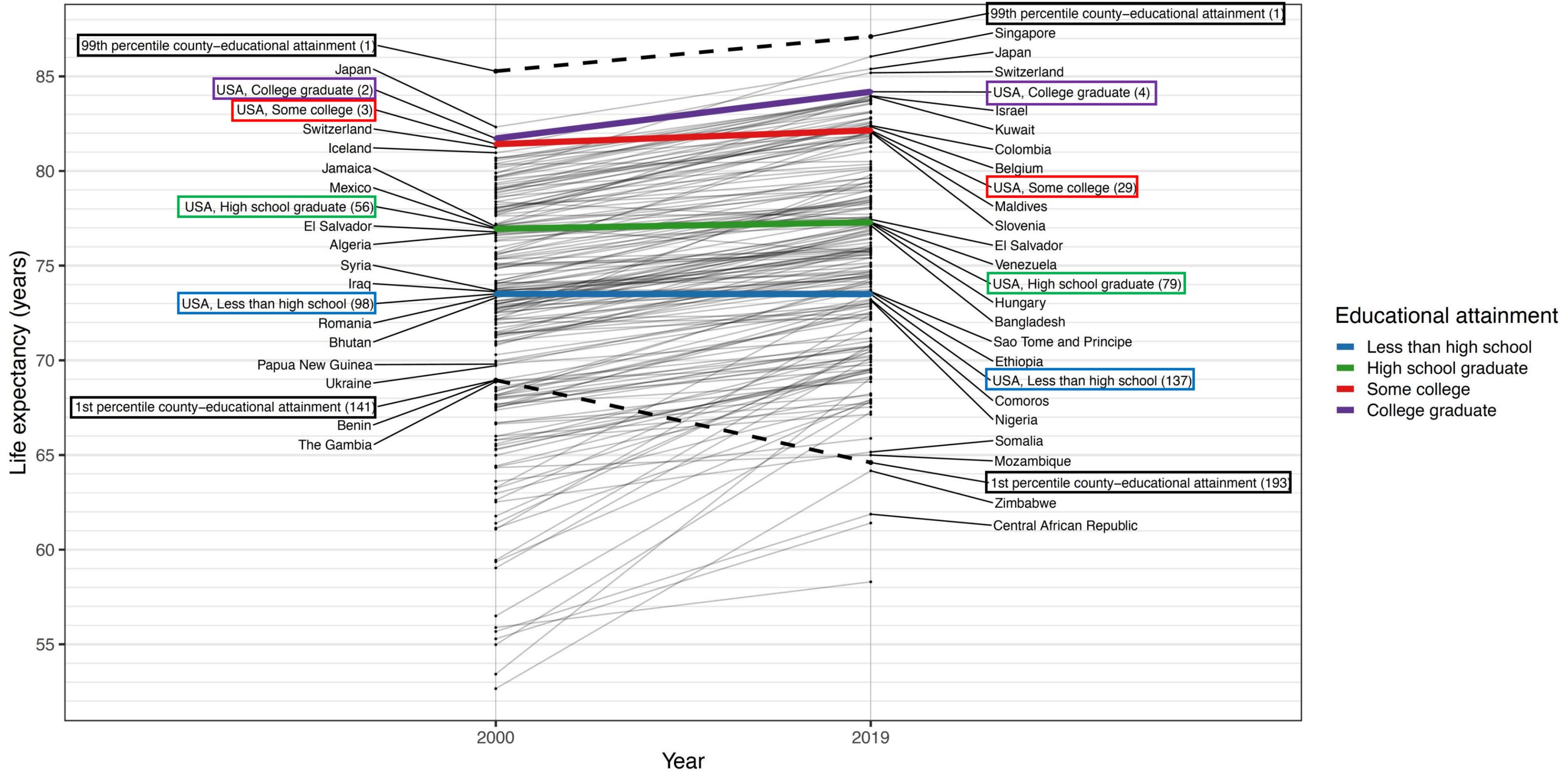
White



Total



Comparaison avec d'autres pays



Schémas de mortalité par comté, 2019

All causes

HIV/AIDS and sexually transmitted infections

Respiratory infections and tuberculosis

Enteric infections

Other infectious diseases

Maternal and neonatal disorders

Nutritional deficiencies

Neoplasms

Cardiovascular diseases

Chronic respiratory diseases

Digestive diseases

Neurological disorders

Substance use disorders

Diabetes and kidney diseases

Skin and subcutaneous diseases

Musculoskeletal disorders

Other non-communicable diseases

Transport injuries

Unintentional injuries

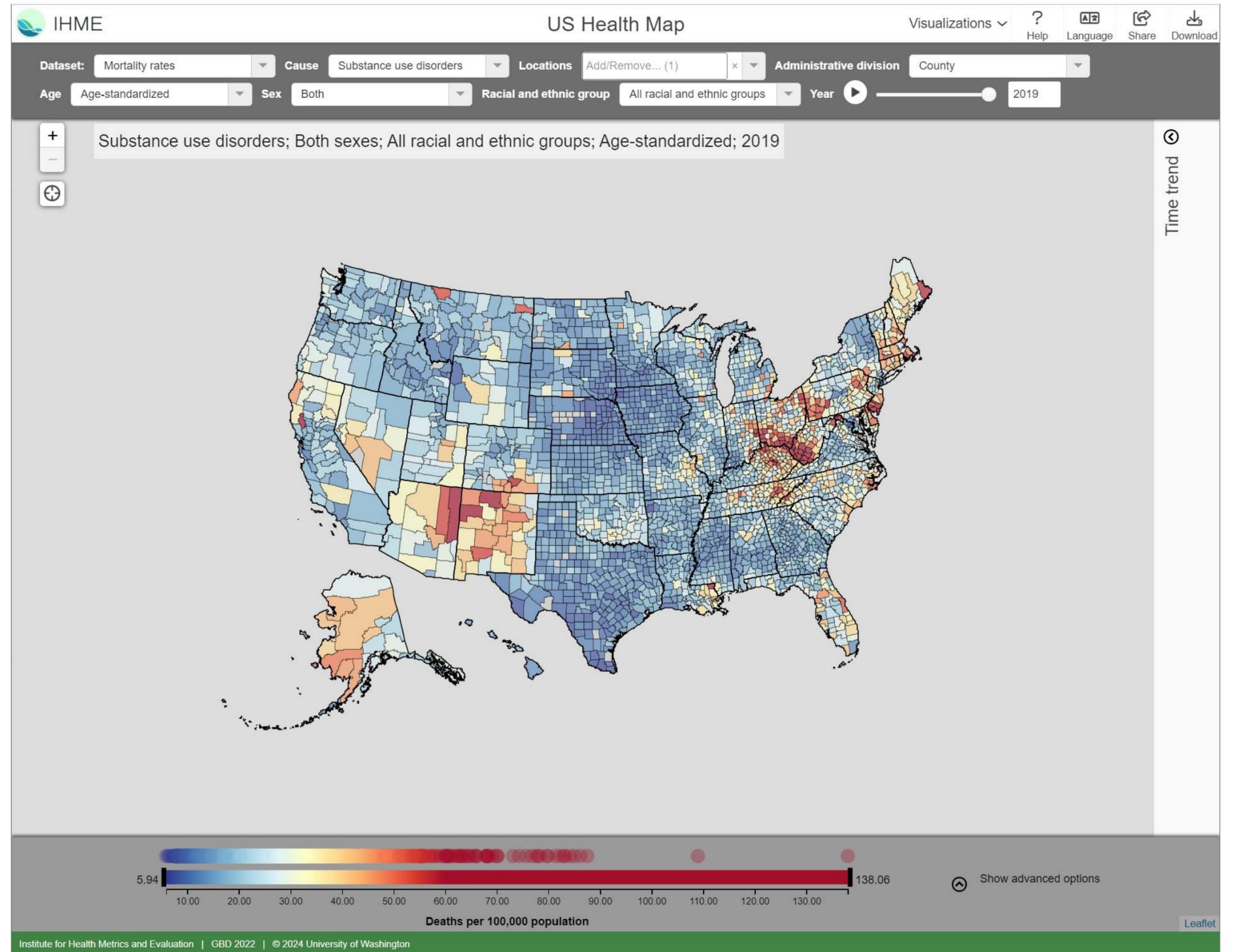
Self-harm and interpersonal violence

Ratio of county mortality to national mortality:

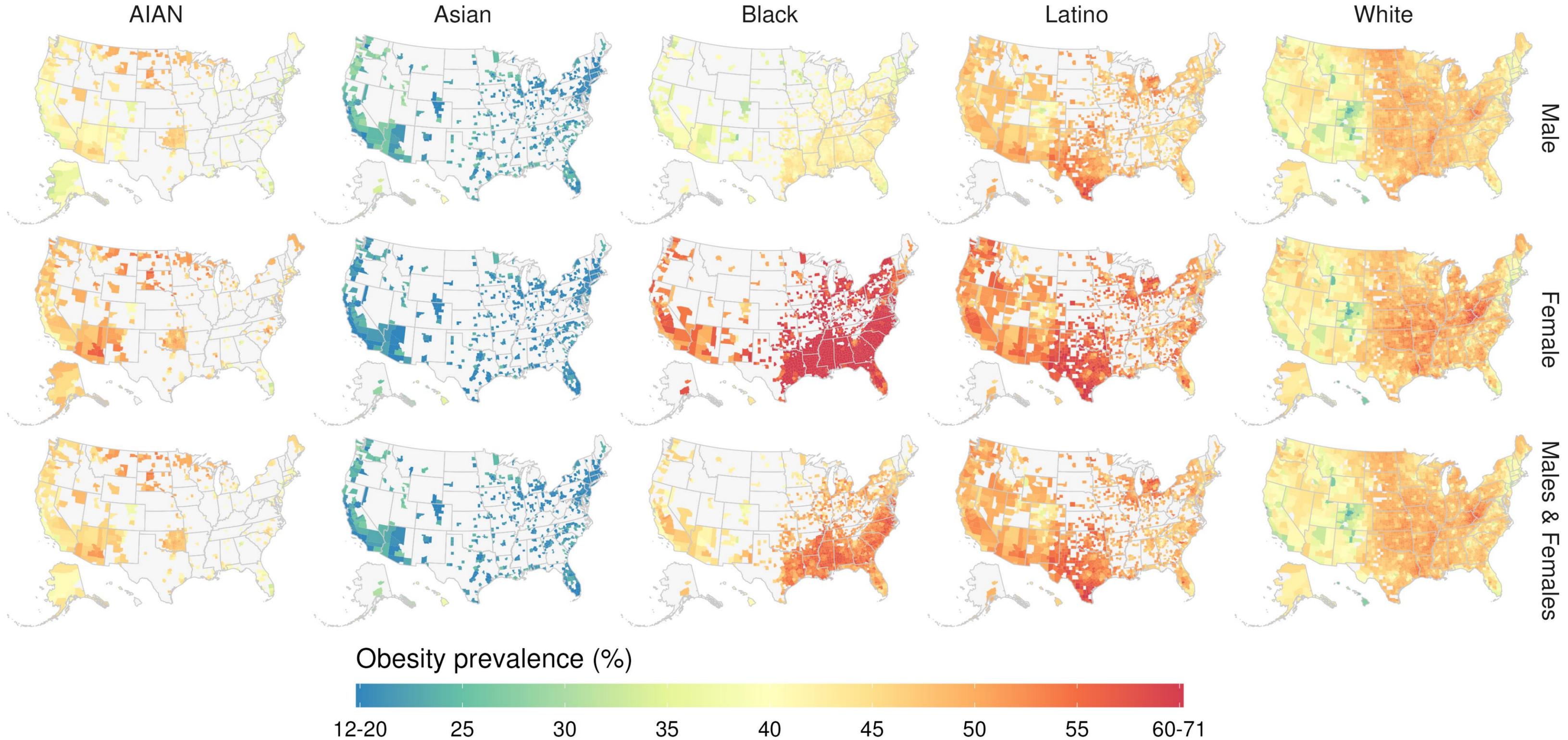


Carte de santé des États-Unis

<https://vizhub.healthdata.org/subnational/usa>



Prévalence de l'obésité par comté (20 ans et plus), 2019



Période de discussion

Des questions?

Veillez utiliser l'**onglet Q&R** pour soumettre vos questions à nos intervenants. Vous pouvez « **aimer** » les questions des autres pour les faire remonter dans l'ordre de priorité.



Mot de la fin



Merci!

Participez au prochain séminaire le mardi 28 mai 2024 (de 13 h à 14 h, HE)!

Veuillez répondre à notre **sondage** qui sera accessible peu de temps après le séminaire. Scannez le code QR.

L'enregistrement et les diapositives de la présentation du séminaire seront accessibles dans un délai de deux semaines sur le site Web du CCNMI : <https://ccnmi.ca/>.

Rendez-vous au <https://ccnmi.ca/serie-de-seminaires-sur-les-progres-realises-dans-le-domaine-de-la-surveillance/> pour obtenir plus de renseignements sur la série de séminaires sur les progrès dans le domaine de la surveillance.

