

D. INITIATIVE RÉGIONALE SUR LES DONNÉES SANITAIRES DE BASE ET LES PROFILS DE PAYS

Introduction

50. En 1997, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé la résolution CD40.R10 qui porte sur la collecte et l'utilisation de données sanitaires de base (1) afin de surveiller la mise en œuvre des mandats adoptés par les États membres. En 2004, l'Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (2) a été présentée au Conseil directeur. Le présent rapport fait état des progrès accomplis depuis 2004.

Contexte

51. Entre 1995 et 1998, les programmes techniques de l'Organisation, travaillant en étroite collaboration avec les États membres et avec les bureaux des pays, ont élaboré l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB). L'initiative a été conçue dans le contexte des orientations stratégiques et programmatiques de l'OPS et vise à améliorer la capacité de l'Organisation à décrire, analyser et expliquer la situation sanitaire de la Région ainsi que les tendances demandant qu'on leur prête attention.

Mise à jour sur la situation actuelle

52. Le Système d'information sanitaire portant sur les indicateurs de base¹ est en cours de modification. La compilation des données et leur validation au sein des bureaux des pays et des programmes techniques se feront grâce à une application Web créée en interne, une nouvelle approche qui remplacera la compilation actuelle par tableur Excel. Cette application permet de fusionner les diverses bases de données et soutient la validation de données aux niveaux national et régional. Le nouveau système d'information comprend un référentiel de métadonnées ainsi qu'une possibilité de visualiser les données.

53. La fiche statistique ainsi que la base de données sur Internet (système générateur de tableaux) ont été mises à jour annuellement et sont largement diffusées. La base de données sur Internet, avec ses 114 indicateurs (en date de juillet 2010) permet une analyse des tendances annuelles remontant à 1995.

¹ Le système d'information sanitaire portant sur les indicateurs de base peut être consulté sur le site suivant :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866.

54. Pour tenter de mettre à jour de façon systématique les profils de santé des pays, le projet intitulé Synthèse de l'analyse de la situation sanitaire dans les pays des Amériques a été réalisé en 2009. À la suite de ce projet, la méthodologie de la future analyse a été révisée. L'analyse courante permet d'observer les tendances temporelles relatives aux indicateurs de santé stratégiques. Des profils de santé pour 35 pays et Porto Rico ont été préparés.

55. La plupart des pays de la Région ont adopté l'Initiative des données sanitaires de base en établissant un ensemble d'indicateurs nationaux de base. Environ la moitié des pays et territoires consultés (19 sur 39²) mettent à jour et diffusent régulièrement un ensemble d'indicateurs de base depuis plus d'une décennie. Des pays hispanophones, seuls le Venezuela et l'Uruguay ne figurent pas actuellement sur la liste. Le Belize est le seul pays anglophone qui met à jour et communique régulièrement des indicateurs de base, alors que les Bahamas, Antigua-et-Barbuda, la Jamaïque et Saint-Vincent-et-les-Grenadines n'ont pu maintenir leurs efforts quant à la consolidation et la diffusion de leurs indicateurs nationaux de base. Les 13 autres pays ou territoires anglophones n'ont pas encore établi d'indicateurs nationaux de base.

56. La qualité des données déclarées à l'OPS (indicateurs régionaux de base) doit être améliorée. Certains indicateurs de mortalité de base ont été évalués d'après les dernières informations déclarées à l'OPS par 48 pays ou territoires. (3) Les faits saillants de cette analyse sont présentés dans les paragraphes suivants.

57. Selon l'Organisation, le taux de sous-déclaration de la mortalité en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 16,1%. Dix pays ont des niveaux de sous-déclaration supérieurs à 20% et six ont des niveaux de 10% à 20%.

58. Les pays ayant la plus grande proportion de causes de décès mal définies ou inconnues sont la Bolivie (données de 2003) et Haïti (données de 2004), suivies par l'Équateur, El Salvador, la Guyane française et le Paraguay. Dans ces quatre derniers pays, la proportion varie de 10% à 15%.

59. L'étude de la ponctualité des données portant sur la mortalité montre que neuf pays ont soumis leurs données relatives à la mortalité avec un retard de quatre à cinq ans. Le Honduras ne déclare que les décès survenus dans les hôpitaux publics. La Jamaïque ne fait pas partie de la base de données.

² Mises à jour portant sur 39 pays et territoires qui ont répondu à l'enquête. Sont exclus de cette analyse : les territoires d'outre-mer de la République française, les Antilles néerlandaises et Aruba, les Bermudes, le Canada, les Etats-Unis et les îles Vierges américaines.

60. Certains pays ne déclarent pas périodiquement le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité infantile à l'OPS, bien que ces indicateurs fassent partie des objectifs du Millénaire pour le développement.

61. La plupart des pays et des programmes techniques mettent à jour leur système de surveillance des maladies d'après leurs objectifs programmatiques spécifiques de manière régulière. Cependant, la cohérence des données est souvent médiocre, ce qui a un impact négatif sur la comparabilité des données dans le temps.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

62. De nombreux pays ont visiblement fait des progrès quant à la façon dont ils recueillent leurs indicateurs nationaux de base. Toutefois, une attention urgente doit être portée à la qualité et à la ponctualité des données. De plus, il est fréquent que les données ne soient pas analysées dans le but de surveiller la mise en œuvre des programmes. Il faut institutionnaliser la collecte et la validation des données ainsi que la production d'informations aux niveaux national et régional. Il est nécessaire de promouvoir cette cause au plus haut niveau décisionnaire afin d'institutionnaliser ces initiatives.

63. Il faut accroître le niveau de soutien technique afin d'aider à produire des informations sanitaires fiables et opportunes. L'assistance technique doit également renforcer le processus de validation des données au sein de chaque programme technique, la formation des ressources humaines dans le sujet donné, les capacités techniques du personnel existant ainsi que la modernisation de la production et du processus de diffusion des statistiques sanitaires. Une analyse des données améliorée aidera les programmes à déterminer de façon plus exacte les inégalités qui existent en matière de santé et à réaliser une meilleure affectation des ressources.

64. Il est essentiel qu'il existe un niveau supérieur d'engagement politique pour que cette Initiative demandée par les pays soit mise en œuvre.

Références :

1. Organisation panaméricaine de la Santé. *Compilation et utilisation des données sanitaires de base* (document CD40/19). 40^e Conseil directeur, 49^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques ; septembre 1997 ; Washington (D.C.). Washington (D.C.) : OPS ; 2010 [cité le 14 juillet 1997].
2. Organisation panaméricaine de la Santé. *Évaluation décennale de l’Initiative régionale des données sanitaires de base* (document CD45/14) [en ligne]. 45^e Conseil directeur, 56^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques ; 27 septembre-2 octobre 2004 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 [cité le 29 juillet 2004]. Disponible à l’adresse <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD45-14-f.pdf>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Information and Analysis Project. *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2009*. Washington, D.C., É.-U., 2009.