



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



45^e CONSEIL DIRECTEUR 56^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 27 septembre-1^{er} octobre 2004

Point 5.9 de l'ordre du jour provisoire

CD45/14 (Fr.)

29 juillet 2004

ORIGINAL : ESPAGNOL

ÉVALUATION DÉCENNALE DE L'INITIATIVE RÉGIONALE DES DONNÉES SANITAIRES DE BASE

L'Initiative régionale des données sanitaires de base et profils de pays (IRDSB) a été lancée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 1995, pour faciliter le contrôle et le suivi des objectifs de santé et des mandats des États Membres, ainsi que pour disposer d'un ensemble minimum de données recueillies sur une base annuelle qui permettent de caractériser la situation et l'évolution de la santé dans les pays des Amériques. La définition des données de base a été réalisée conjointement par les États Membres et un Groupe consultatif interprogrammatique de l'OPS afin de leur donner une validité, une harmonisation, une fiabilité et une opportunité plus grandes. Le travail de l'IRDSB devrait renforcer les processus de collecte et d'utilisation de l'information servant à la gestion et à la prise de décisions en santé publique.

La disponibilité de l'IRDSB a permis d'identifier les besoins et de définir les priorités en santé, ainsi que les processus requis en matière de gestion et de *planification stratégiques*, tant au niveau de l'OPS/OMS qu'à celui des États Membres. L'IRDSB a contribué de façon stratégique au contrôle des mandats régionaux et mondiaux en santé, parmi lesquels se détachent la Santé pour tous, le Sommet de l'Enfance et les Objectifs de Développement pour le Millénaire. Les indicateurs de l'IRDSB ont été utilisés dans les analyses de situation sanitaire et les tendances de la santé, notamment la mesure des inégalités, éléments nécessaires permettant de focaliser *la coopération technique et la mobilisation des ressources* sur les groupes de population qui en ont le plus besoin.

Trente États Membres ont adopté l'initiative au niveau national, 24 mettent à jour et produisent régulièrement une fiche d'indicateurs de base qu'ils utilisent, entre autres, pour identifier les nécessités ou évaluer les programmes. Toutefois, il faut stimuler et appuyer le travail à l'aide de ressources humaines et financières pour maintenir l'initiative.

Le présent rapport au Conseil directeur rend compte des résultats et de l'impact de l'IRDSB, dix ans après son lancement, en fonction du but et des objectifs qu'il s'était fixés. Des recommandations sont proposées en vue de la consolidation et de l'extension de l'IRDSB aux milieux nationaux et locaux. Le Conseil directeur est prié de faire des suggestions et des commentaires en vue des actions à entreprendre à l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	4
Antécédents.....	4
Résultats de l'implantation de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB).....	6
Gestion et planification stratégiques.....	6
Coopération technique.....	9
Mobilisation et utilisation des ressources.....	10
Résultats de la mise en œuvre de l'IRDSB dans les pays.....	11
Produits spécifiques de l'Initiative régionale de données sanitaires de base.....	12
Fiche régionale « Situation sanitaire dans les Amériques : Indicateurs de base ».....	12
Système d'information sanitaire : Base de données et processus de collecte.....	12
Glossaire et notes techniques par indicateur.....	13
Atlas des indicateurs de base.....	14
Profils de santé des pays.....	15
Système d'information de l'IRDSB placé sur le Web.....	15
Produits spécifiques de l'IRDSB dans les pays.....	15
Fiches et systèmes d'information nationaux et sous-régionaux.....	15
Profils sous-nationaux de santé et guides méthodologiques.....	16
Ressources investies dans l'IRDSB.....	17
Perspectives et enjeux.....	17
Mesures à prendre par le Conseil directeur.....	19
Annexe A	Les objectifs de Développement pour le Millénaire et l'Initiative régionale des données sanitaires de base de l'OPS
Annexe B	Accès à l'information de l'IRDSB par la Région des Amériques et les sous-régions, 1995-2003 et 1995-2004
Annexe C	Ressources annuelles investies dans l'IRDSB dans les pays. Juillet 2004
Annexe D	Ressources annuelles investies dans l'IRDSB dans les Unités du bureau central de l'OPS. Juillet 2004

Introduction

1. L'Initiative régionale des données sanitaires de base et profils de pays (IRDSB) a été lancée par la Direction de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 1995, pour assurer le suivi de la réalisation des objectifs de santé et la mise en œuvre des mandats adoptés par les États Membres et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), ainsi que pour disposer d'un ensemble minimum de données qui permettent de caractériser et de suivre la situation et l'évolution de la santé dans les pays de la Région des Amériques¹. En 1997, le XL^e Conseil Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a adopté la résolution CD40.R10² qui porte sur la compilation et l'utilisation des données sanitaires de base pour évaluer l'état et les tendances de la situation de la santé de la population, et fournir ainsi une base empirique pour la détermination de groupes de population ayant des besoins sanitaires importants, la stratification du risque épidémiologique, l'identification de zones critiques et la réponse des services de santé en tant que contribution à l'établissement de politiques et de priorités dans ce domaine., Après les diverses résolutions adoptées sur la question par les Organes directeurs qui sont inscrites dans la mémoire institutionnelle de l'OPS depuis 1911, cette résolution constitue le mandat autorisant l'institutionnalisation de l'IRDSB³.

2. L'objectif du présent document est de soumettre un rapport au Conseil directeur sur les résultats et l'impact de l'Initiative régionale des données sanitaires de base et profils de pays conformément à son but prévu et à ses objectifs réalisés. De même, des recommandations sont proposées au Conseil directeur en vue de la consolidation et de l'extension de l'IRDSB aux milieux nationaux et locaux dans le but de renforcer la capacité de surveillance et le suivi en santé publique, ainsi que les analyses de la situation sanitaire.

Antécédents

3. Depuis les années 1994-1995, en réponse aux processus de décentralisation, des nouvelles fonctions et responsabilités des différents niveaux des services de santé,

¹ Organisation panaméricaine de la Santé. Indicateurs de santé : Élément de base pour l'analyse de la situation en santé. Bulletin épidémiologique OPS, 2001; 22 (4) : 1-5. http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm

² Organisation panaméricaine de la Santé. *Compilation et utilisation des données sanitaires de base*. Washington, DC : OPS; 14 juillet 1997. (Document CD40/19) <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25287.pdf>. y resolución CD40/R10. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/fcd_40.htm#R10.

³ Mémoire institutionnelle de l'OPS. Résolutions de l'OPS 1902-2002 3.186 registres en anglais; 3.296 registres en espagnol. *Principaux mandats des Organes directeurs liés à l'information et l'analyse de la santé*. 2003

L'OPS/OMS a reconnu l'importance de disposer de données et d'indicateurs sur la situation sanitaire pour orienter l'exécution des programmes de coopération technique⁴ et elle a largement stimulé le développement des données de base comme un ensemble intégral d'indicateurs essentiels relatifs à la santé pour caractériser de manière quantitative la situation sanitaire d'un pays ou d'une région. Il était prévisible qu'une fois mis en place, ce processus d'une part, réduirait le nombre de demandes d'information sur la santé adressées aux pays sur l'information afférente à la santé et d'autre part, faciliterait le suivi et les analyses de la situation sanitaire. De même, les responsabilités de sélection, collecte, organisation, mise à jour et usage des données et de l'information ont été assignées aux programmes techniques du bureau central et aux Représentations de l'OPS/OMS dans les pays, et la coordination est devenue la responsabilité du Programme d'analyse de la situation sanitaire (HDA), actuellement Secteur d'analyse de la santé et systèmes d'information sanitaire (DD/AIS) de l'OPS.

4. Au cours de 1996, plusieurs réunions de travail et consultations ont été réalisées sur la définition, le processus de collecte et les contenus par catégories des données de base, sur leur usage dans la production des profils des pays, et sur les méthodologies des analyses de la situation sanitaire. Un *Groupe consultatif interprogrammatique sur les données de base et l'analyse de la santé* a été établi en vue de la mise en œuvre du plan d'action régional et de la formulation du contenu des indicateurs, de leur définition et de leurs sources, ainsi que l'établissement des mécanismes de collecte et de validation, et l'analyse et le suivi de la mise en œuvre du processus en général. De même, des visites ont été rendues à toutes les Représentations pour les consulter et les informer au sujet de l'Initiative régionale⁵.

5. En 1997, le Conseil exécutif et le Conseil directeur de l'OPS/OMS ont approuvé les résolutions CE120.R7 et CD40.R10 sur la *Compilation et l'utilisation des données sanitaires de base* et ont reconnu les efforts déployés à l'échelle régionale pour consolider un système informatisé d'information technique en santé permettant l'accès rapide à l'information de base sur la situation sanitaire des pays de la Région; ils ont également recommandé l'usage des indicateurs pour la formulation, l'ajustement et l'évaluation de politiques et de programmes sanitaires.

6. L'IRDSB a pour *objectifs* ⁶ :

a) d'orienter la gestion des politiques stratégiques;

⁴ Dr. Alleyne G.A.O. *Profils des pays et données de base : Fonctions et responsabilités*. Washington D.C.: Organisation panaméricaine de la Santé. Mémoire [HDP/HD A/E8/28/1(986)], 1^{er} août 1995.

⁵ Castillo-Salgado C. *Profils de pays et données de base*. Washington D.C.: Organisation panaméricaine de la Santé. Mémoire [HDP/HDA/E8/28/1(1822)], 8 décembre 1995.

⁶ *ibid.*, référence 2.

- b) de faciliter l'établissement des priorités d'action dans le secteur de la santé;
- c) de renforcer l'évaluation et l'ajustement de la coopération technique dans chacun des pays et des programmes, en redéfinissant leurs priorités, leurs stratégies d'action et l'affectation des ressources;
- d) d'aider les pays à préparer des stratégies d'investissement ou de programmes spéciaux axés sur le développement de politiques ou de services de santé, ainsi que sur la prévention et le contrôle de problèmes sanitaires spécifiques;
- e) de faciliter la mobilisation de ressources financières;
- f) d'orienter les priorités de recherche;
- g) de distribuer périodiquement des rapports sur les tendances de la situation sanitaire dans chacun des pays et dans la Région, en recourant aux cadres analytiques définis par leurs mandats, tels que ceux de *Santé pour Tous* et *Rénovation de Santé pour Tous*.

7. Il faut souligner que depuis sa remise en fonction en 2000, le Comité régional consultatif sur les statistiques en santé (CRAES) a appuyé les processus d'amélioration de la qualité, les critères de validité et la cohérence des données de base.

Résultats de la mise en œuvre de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB)

8. L'objectif de l'IRDSB est de renforcer la capacité de l'OPS/OMS à produire des connaissances qui permettent la description et l'explication de la situation sanitaire et de la population des Amériques, ainsi que la sélection des interventions sanitaires avec équité et efficacité⁷. Même si l'on considère que l'effort déployé conjointement au cours de ces 10 années par les États Membres et le Secrétariat pour le développement de l'IRDSB a été satisfaisant en ce qui concerne la réalisation de cet objectif, il est pourtant nécessaire de renouveler l'effort conjoint pour l'étendre et l'institutionnaliser à l'échelle locale.

Gestion et planification stratégique

9. L'IRDSB a démontré qu'il est possible de créer une base de données contenant des informations essentielles, normalisées, valables, cohérentes, régulière et ponctuelle, laquelle base revêt une importance critique pour les analyses de la situation et les tendances de la santé. S'agissant d'un apport fondamental, les indicateurs de l'IRDSB ont été utilisés dans les analyses de la situation pour *définir les priorités* dans le *Plan*

⁷ *Ibid.*, référence 2.

stratégique de l'OSP pour 2003-2007.⁸ Comme indiqué plus loin, les indicateurs de base ont également été utilisés au niveau des pays dans les ministères de la santé pour définir les plans nationaux de santé et les politiques intersectorielles.

10. L'utilisation de ces indicateurs par les autorités nationales et autres instances a provoqué une plus grande sensibilisation au sujet de la nécessité d'une information valable et cohérente pour la prise des décisions. De même, elle a stimulé la révision critique des processus de production, collecte, intégration et dissémination de l'information relative à la santé, tant dans les États Membres qu'au Secrétariat. Cette sensibilisation est également mise en évidence par la reconnaissance de la nécessité de renforcer de manière systématique les systèmes nationaux d'information et par leur interaction et intégration coordonnée pour mieux répondre aux nécessités d'information en santé. A cet égard, l'expérience du Brésil avec son *Réseau interagences des informations de la Santé (RIPSA)*,⁹ basé sur le modèle de l'IRDSB, représente l'un des exemples *institutionnalisés* les plus réussis de consensus, normalisation, collecte, coordination et disponibilité d'indicateurs et d'information destinés à différents types d'utilisateurs ayant accès à l'Internet. La RIPSA regroupe diverses institutions nationales ayant des responsabilités dans la production et l'analyse des données en santé. Cet effort a mérité la reconnaissance du Ministère de la Santé du Brésil, qui affecte les ressources supplémentaires nécessaires pour le processus de coordination, production et dissémination. Le Canada constitue un autre exemple réussi de travail concerté sur la définition, mesure et usage des indicateurs de santé pour la définition des priorités et l'orientation des plans et des programmes des systèmes de santé en réponse aux nécessités dans le domaine de la santé. A cette fin, la santé de la population a été définie comme le cadre conceptuel de référence à partir duquel s'identifient les domaines de travail et l'ensemble des indicateurs que l'on veut collecter et assurer le suivi. Le processus de collecte, de normalisation, d'analyse et de dissémination de l'information se développe sous la coordination de l'*Institut canadien pour l'information en santé (CIHI)* et vient compléter les actions de *Health Canada* et *Statistics Canada*.¹⁰

11. La création de salles de situation de la santé dans les pays représente une nouvelle approche de l'usage stratégique de l'information. Les données de base ont été l'un des éléments clés pour leur fonctionnement dans les pays qui les ont mises sur pied.

⁸ Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007. Washington, DC: OPS; 3 mai 2002 (Document CE130/12).

<http://www.paho.org/English/GOV/CE/SPP/spp36-04-e.pdf>.

⁹ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/ripsa.htm>

¹⁰ Canadian Institute for Health Information. http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home-e
[Accès à la page Internet le 30 avril 2004.](#)

¹¹ Nations Unies. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. Assemblée générale, New York: NU; 18 septembre 2000 (Document A/RES/55/2) <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>

12. Un autre des aspects stratégiques de l'IRDSB a été son utilisation dans le suivi de l'exécution des mandats, engagements et initiatives de la santé aux niveaux régional et mondial. Parmi les initiatives les plus importantes de caractère mondial figure le suivi des *Objectifs de Développement pour le Millénaire* (ODM)¹¹. Les ODM ont été adoptés par 189 pays membres des Nations Unies en 2000 et ils doivent être atteints d'ici 2015 dans chacun des sept domaines visés, dont la santé. A cet égard, il faut souligner qu'il existe 20 indicateurs des ODM relatifs à la santé (annexe A). L'IRDSB contient actuellement 12 d'entre eux; elle ajoutera prochainement un autre indicateur avec quelques ajustements programmatiques et quatre autres pourraient être disponibles dans un avenir proche. Enfin, les trois restants nécessiteront des efforts spéciaux de collecte d'information. Le suivi et l'évaluation de la *Stratégie de Santé pour tous en l'an 2000* et le suivi du *Sommet de l'Enfance de 1990*, sont d'autres exemples importants qui impliquent l'utilisation de ces indicateurs.

13. Il est important de souligner la relation qui existe entre l'IRDSB et d'autres initiatives mondiales d'information en santé, comme le Réseau de mesure de la santé (*Health Metrics Network* - HMN), parrainé par l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Département de développement international du Royaume-Uni (DFID), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), la Fondation Bill et Melinda Gates et des experts techniques de divers pays, pour n'en citer que quelques-uns. Le HMN a été établi récemment pour renforcer la disponibilité et l'usage stratégique de l'information en santé. Conformément à son document stratégique sur les domaines de travail 2004-2009¹², le HMN a reconnu la nécessité de renforcer les systèmes nationaux d'information en santé, l'accès à l'information sur le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'intégration de l'équité dans ces systèmes, le suivi des événements démographiques de base et la surveillance des maladies. Le HMN a identifié diverses étapes requises dans le processus de réforme des systèmes nationaux d'information à adapter au niveau des pays, à savoir :

- a) établir ou renforcer un mécanisme national qui fait intervenir des donateurs et d'autres groupes concernés et qui dirige la réforme des systèmes d'information en santé;
- b) élaborer des guides de politique et des cadres conceptuels qui comportent explicitement la considération de l'équité;
- c) dégager un consensus sur les indicateurs de base, la normalisation de leur définition et l'harmonisation des instruments de collecte;
- d) répondre aux nécessités de ressources et de capacités à tous les niveaux; et
- e) préparer, organiser et vulgariser des modules d'information en santé pour stimuler la demande d'information et accroître son usage à tous les niveaux.

La première composante programmatique proposée dans le HMN consiste à développer et harmoniser des normes et des règles pour le suivi des indicateurs de base à travers les systèmes nationaux de

¹² Health Metrics Network (document blanc). *Synthèse du stade de planification et proposition pour les domaines de travail 2004-2009*. Version préliminaire, 9 décembre 2003

collecte de données¹³. À cet égard, l'IRDSB et les expériences de la RIPSa et du CIHI représentent pour le HMN des exemples ou des modèles des leçons apprises, comme en témoignent 10 années d'expérience documentée des dix dernières années dans la Région, initiatives qui ont connu diverses étapes déjà identifiées.

Coopération technique

14. L'une des valeurs fondamentales de l'OPS/OMS est la recherche de l'équité dans le domaine de la santé. Comme première étape pour y arriver, il faut mesurer et suivre les inégalités dans le domaine de la santé. L'IRDSB a permis de mesurer la situation et les changements dans l'état de la santé en disposant d'une base normalisée. Un des exemples les plus pertinents à cet égard est la préparation de la publication quadriennale *La Santé dans les Amériques, édition 2002*. Aux différentes phases du processus de préparation et de révision de ce document, il est devenu évident qu'en cherchant à documenter les inégalités dans le domaine de la santé, les pays qui participaient à l'initiative régionale et disposaient d'une initiative nationale, accomplissaient leur tâche plus facilement, étaient en mesure d'obtenir des résultats plus consistants ainsi que la documentation nécessaire. Les indicateurs de base ont été utilisés dans les analyses de la situation de la santé régionale des *Rapports annuels du Directeur de l'OPS* depuis 1995. À compter de 1999, la disponibilité d'indicateurs de base ventilés au niveau sous-national a permis d'introduire un changement de paradigme dans l'analyse de l'information consistant en un usage exclusif de moyennes nationales dans les distributions, permettant ainsi de montrer les inégalités dans le domaine de la santé ainsi que modèles de distribution dans l'espace territorial. La vulgarisation de méthodologies spécifiques utilisées pour documenter les inégalités, identifier les besoins en santé, déterminer les priorités, entre autres, présentées auparavant dans les différents rapports mentionnés, a permis de renforcer les capacités analytiques nationales, en stimulant des efforts similaires dans les pays.

15. L'OPS/OMS a décidé de renforcer ses actions en les centralisant dans les pays, en particulier ceux qui ont les plus grands besoins de coopération technique. Dans ce processus de classement des priorités, les données de base et les profils de pays ont été un élément essentiel de l'identification des pays et des domaines prioritaires de coopération. Par exemple, actuellement, les pays prioritaires retenus pour la coopération de l'OPS/OMS — Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua — se trouvent dans le groupe le plus affecté par les problèmes de santé et disposant de moins de ressources pour y faire face.

¹⁴. De plus, pour la définition d'aspects spécifiques de la coopération technique de l'OPS,

¹³ Organisation mondiale de la Santé. *Réseau de mesure de la Santé*. Présentation à la Table ronde internationale sur la façon de mieux mesurer, suivre et gérer les résultats du développement. 5-6 juin, au siège de la Banque mondiale.

¹⁴ *ibid.*, référence 6, page 22

les indicateurs de l'IRDSB sont employés dans la préparation des *Budgets bisannuels par programmes* (BPB).

16. L'impact de l'IRDSB a largement dépassé les frontières du Continent américain et du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO). Ses répercussions ont été telles que diverses régions de l'OMS ont demandé la collaboration et la coopération technique pour développer leurs propres initiatives de données de base.

17. Depuis 1999, le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO) a publié une fiche d'indicateurs de données de base inspirée de celle de l'OPS, mais adaptée aux réalités, aux intérêts, aux priorités et à la disponibilité de l'information de sa région. Parmi les points mis en relief dans cette fiche, figure l'inclusion d'une catégorie spécifique concernant les indicateurs d'égalité des sexes. A la fin de 1999, SEARO a identifié l'IRDSB comme étant un des secteurs de collaboration qui pourrait être développée avec l'OPS. Comme résultat, des professionnels de SEARO se sont rendus à l'OPS et des professionnels de l'OPS se sont rendus à SEARO pour transférer et adapter le *tableau* de l'IRDSB à SEARO.

18. À partir de 1999, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) a publié sa fiche d'indicateurs de données de base fondée sur le modèle de l'OPS. La fiche présente des profils de santé de pays similaires à ceux de l'OPS et EMRO a demandé la coopération dans le domaine des systèmes d'information géographique.

19. Sur la base du modèle et de l'expérience de l'OPS, l'OMS, par le biais du Département de mesures et systèmes d'information (EIP/MHI) travaille à un cadre de référence d'indicateurs de santé de base pour toutes les régions qui serait mis en place au niveau mondial à court terme.

Mobilisation et usage des ressources

20. Les organismes donateurs ont utilisé les indicateurs de base et les profils de pays pour identifier les zones les plus nécessiteuses et celles où se trouvent les pays prioritaires. Dans de nombreux cas, le suivi de l'amélioration des indicateurs de base est utilisé pour évaluer la réussite des programmes établis à l'aide de fonds provenant de dons.

21. Au nombre des graves problèmes qu'affrontent les pays lorsqu'ils mènent une analyse de la situation sanitaire, figure le fort volume de données et d'informations recueillies, qui empêche l'utilisation rationnelle des ressources. A la différence de l'approche exhaustive, l'utilisation des indicateurs de base rend l'emploi des ressources plus efficace et se focalise sur le nombre d'indicateurs requis, ce qui a un impact sur la validité et la qualité de l'ensemble des données comprises dans l'IRDSB. Le recours à

des données et des indicateurs de base normalisés recueillis sur une base annuelle a réduit le gaspillage des , la duplication des efforts et les demandes d'information adressées aux pays.

Résultats de la mise en œuvre de l'IRDSB dans les pays

22. Entre décembre 2003 et janvier 2004, avec l'appui des points focaux dans les Représentations de l'OPS/OMS, DD/AIS a réalisé une enquête spéciale pour évaluer l'impact de l'IRDSB dans les pays de la Région des Amériques. Des informations ont été recueillies de 37 pays, notamment des départements français.

23. Les résultats de l'enquête indiquent ce qui suit : :

- En ce qui concerne l'adoption de l'IRDSB, 30 États Membres disposent d'une Initiative nationale de données sanitaires de base et les groupes nationaux participent activement à sa construction et sa mise à jour.
- Seize États Membres déclarent qu'ils utilisent ou ont utilisé l'IRDSB pour mesurer les inégalités, 21 pour mesurer les nécessités et définir les priorités, et 12 pour évaluer les programmes, ce qui dénote la diversité de l'impact de l'initiative.
- En ce qui concerne la cohérence entre les efforts de suivi de l'IRDSB et d'autres initiatives, 17 pays indiquent qu'il y a chez eux une coordination avec les ODM.
- Suivant l'exemple régional, 24 pays signalent qu'ils actualisent et distribuent périodiquement un pamphlet/brochure ou autre imprimé similaire d'indicateurs de base, ou d'autres formes de dissémination électronique (CD-ROM, systèmes d'information placés sur le *Web*, tableaux sur pages *Web*, entre autres); entre 1995 et 2002, le nombre de pays utilisant l'un de ces systèmes a triplé.
- Dans 25 pays, la concordance des définitions des indicateurs de la dernière publication des données de base nationales avec le glossaire de l'IRDSB est de 90%, ce qui témoigne de l'impact et du consensus qui existent à propos de l'IRDSB.
- L'insuffisance des ressources humaines, l'accès limité à l'information ou aux données, et le manque d'appui politique et de financement sont les difficultés les plus importantes mentionnées dans l'implantation et le maintien de l'IRDSB.

24. Parmi les recommandations les plus fréquentes des pays visant à renforcer les processus se rapportant à l'IRDSB, on peut mentionner l'amélioration du flux d'information entre les pays et le siège de l'OPS/OMS et l'intensification de la promotion et de la diffusion de cette initiative au ministère de la santé; par ailleurs, on a souligné que DD/AIS pourrait contribuer à consolider l'IRDSB nationale.

Produits spécifiques de l'Initiative régionale de données sanitaires de base (IRDSB)

Fiche régionale « Situation sanitaire dans les Amériques : Indicateurs de base »

25. Depuis 1994, les travaux de préparation et d'appui aux États Membres ont été entrepris pour la création de la première fiche régionale de données de base, publiée en 1995. Depuis lors, cette fiche a été publiée tous les ans sans interruption. Dans la version de l'année 2003, ce pamphlet comporte 58 indicateurs (10 démographiques, 8 socio-économiques, 15 de mortalité, 12 de morbidité et 13 de ressources, accès et couverture). En 1995, plus de 70% des pays disposaient d'indicateurs dans les différentes catégories, à l'exception de celle de la mortalité, pour laquelle 20 pays seulement sur les 48 disposaient d'indicateurs dans ce domaine. A la différence, en 2003, 40 pays disposaient de cette information. Entre 1995 et 2003, le nombre d'indicateurs de base dans les fiches régionales est passé de 7 à 12 dans la catégorie de la morbidité, alors que dans les indicateurs sous-régionaux, le nombre est passé de 33 à 51. En 2003 ont été introduites pour la première fois des pyramides démographiques des sous-régions et une carte thématique qui indique les distributions inégales de la mortalité infantile à niveau sous-national dans les pays des Amériques qui disposent d'initiatives nationales de données de base. Il est important de souligner toutefois que ce pamphlet comprend des indicateurs positifs de la santé.

26. Il convient de mentionner que divers efforts régionaux supplémentaires de production de fiches thématiques ont été entrepris avec l'appui de l'OPS. Parmi ces efforts figurent ceux relatifs aux femmes, à la santé maternelle et infantile et à la santé des populations autochtones.

Système d'information sanitaire : Base de données et processus de collecte

27. Le contenu de la base de données de l'IRDSB a été défini à l'aide de consultations approfondies entre les États Membres, les unités techniques de l'OPS et ses Représentations, et des discussions avec des groupes d'experts nationaux. Il a été convenu d'inclure un total de 117 indicateurs de niveau national, répartis en cinq catégories¹⁵ : démographiques (10), socio-économiques (10), mortalité (31), morbidité et facteurs de risque (30), et de ressources, accès et couverture des services de santé (36). Certains des indicateurs sont désagrégés par âge, sexe, distribution urbaine et rurale, ce qui donne un total de 401 données pour chacun des 48 pays et territoires de la Région. L'usage de la base de données de l'IRDSB s'effectue au moyen d'un générateur de

¹⁵ *ibid.*, référence 2.

tableaux, développé par DD/AIS, auquel on peut avoir accès électroniquement sur le Web.¹⁶

28. En termes d'intégralité, on relève des variations substantielles dans la base de données ce qui concerne le nombre d'indicateurs par pays et par année. Une analyse effectuée au début de 2004 indique que la base de données contient à peine 49% d'entre eux. Il a été plus difficile d'obtenir des indicateurs dans certaines catégories, en particulier parce que les systèmes d'information nationaux ne fonctionnent pas de manière adéquate et opportune, ou ne sont pas disponibles. Cette situation affecte principalement les indicateurs de morbidité, des services de santé et de mortalité. Au niveau des pays, la couverture moyenne des indicateurs est de 49%, avec des variations allant de 12% à 90%. En ce qui concerne la Région et ses sous-régions pour la période 1995-2003, la disponibilité moyenne des indicateurs est de 30,9% (48.417 valeurs disponibles), comme l'indique le tableau de l'Annexe B. Cette situation montre que malgré l'engagement assumé par les pays, il y a encore lieu de l'améliorer. Il faut mentionner qu'à la suite de diverses réunions du Groupe consultatif interprogrammatique sur les données de base et l'analyse de la santé, il a été recommandé de ne pas inclure neuf indicateurs qui n'avaient pas reçu d'information nouvelle sur une période de plusieurs années.

29. Comme information complémentaire à cette annexe et afin de montrer l'effort des États Membres et du Secrétariat, un tableau actualisé a été inclus contenant l'information relative à la période 1995-2004 ; ce tableau se base sur les données qui seront disponibles dans le Système régional de données de base durant ce Conseil directeur. Il faut mentionner que les données de mortalité par sexe et par âge seront, pour la première fois, disponibles pour tous les pays qui possèdent ces données.

Glossaire et notes techniques par indicateur

30. La compilation d'un glossaire et de notes techniques des indicateurs a commencé en 1995. En 2003, après plusieurs processus de révision, de nouvelles définitions normalisées ont été élaborées, assorties d'un glossaire pour tous les indicateurs qui inclut la description de l'indicateur, des notes techniques, le type et l'unité de mesure, des catégories et les sous-catégories. De plus, les définitions sont en train d'être complétées par des notes techniques supplémentaires d'interprétation, d'usage et de calcul des indicateurs. Ce glossaire et les notes techniques sont également accessibles sur la page Web de l'OPS/OMS.¹⁷

¹⁶ Le générateur de tableaux se trouve à l'adresse URL électronique suivante :
http://www.paho.org/Spanish/SHA/core_data/tabulator/newTabulator.htm

¹⁷ L'adresse URL de la page est la suivante : <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/glossary.htm>

31. Il faut souligner que parmi les pays de la Région, le Brésil a réalisé des progrès réels dans cette voie, publiant l'ouvrage intitulé : « Indicateurs de base de la santé au Brésil : concepts et applications » (*Indicadores básicos de saúde no Brasil : conceitos e aplicações*¹⁸), un manuel d'utilisation des indicateurs qui comporte des fiches techniques pour chacun d'entre eux. Le CIHI au Canada a réalisé une initiative similaire avec les indicateurs qu'il inclut dans ses rapports.¹⁹

Atlas des indicateurs de base

32. En 1996, le premier Atlas de santé dans les Amériques accessible sur l'Internet, a été développé à partir des données de la fiche des indicateurs de base de 1995. L'Atlas a été conçu dans le but de documenter la distribution spatiale des inégalités en santé au niveau des pays, au moyen de 55 cartes, accompagnées de graphiques montrant les où la situation est la plus difficile. En 2003, une nouvelle version plus vivante de l'Atlas a été préparée, avec les données des indicateurs de base de 2002. Certains indicateurs offrent des cartes avec des graphiques superposés pour montrer les tendances, la distribution en groupes de population ou d'un indicateur apparenté. L'Atlas a des liens directs aux données et aux profils de santé de chaque pays.

Profils de santé des pays

33. En 1999, à la suite de la publication du rapport *La santé dans les Amériques 1998*, des résumés dudit rapport ont été publiés sur l'Internet à partir des chapitres des pays. Ces résumés étaient accompagnés d'un sous-ensemble d'indicateurs du système de données de base. Divers types d'utilisateurs ont envoyé des commentaires indiquant la nécessité de les résumer encore davantage pour faciliter leur révision, même s'ils avaient déjà une structure semi-normalisée. En dépit du fait que les indicateurs ont été actualisés sur une base annuelle au cours des années postérieures, il n'en a pas été de même avec les résumés. En 2003, les profils ont été actualisés, en améliorant leur normalisation et en réduisant leur étendue. Ces résumés plus sélectifs mettent en relief les inégalités en santé à l'intérieur des pays. Outre le sous-ensemble d'indicateurs, cette version comporte des graphiques normalisés d'indicateurs sélectionnés. Les profils illustrent surtout la situation et les tendances de la santé. Néanmoins, ils ne montrent pas les situations spéciales qui doivent être décrits à des moments bien précis. Il a été estimé que cet aspect devra être actualisé plus régulièrement (au moins tous les six mois) par les Représentations des pays de l'OPS/OMS en collaboration avec les pays et avec l'appui de DD/AIS.

¹⁸ Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf>

¹⁹ *ibid*, référence 10

34. Il est important de souligner qu'entre les profils de 1999 et ceux de 2003, l'amélioration de la capacité d'analyse des pays est notoire. L'étape suivante consiste à réaliser les profils de santé des frontières et sous-régions, comme les efforts réalisés à la frontière du Mexique et des États-Unis et dans les pays d'Amérique centrale et la République dominicaine dans le cadre de l'initiative INFOCOM.

Système d'information de l'IRDSB placé sur le Web

35. Suite à la création de l'IRDSB, la nécessité de la mise en place d'un système d'information à l'appui de l'initiative est devenue évidente. La priorité a été accordée à la fourniture d'un accès interactif aux données à travers le Web, habilitant ainsi les usagers à obtenir l'information nécessaire.

36. En 1996-1997, avec l'appui de la Bibliothèque régionale de Santé (BIREME), HDA a mis sur pied un système placé sur le Web qui facilite l'accès à la valeur des indicateurs de la dernière année disponible. Au cours de 1998-1999, HDA a développé le générateur de tableaux sur le Web (*Tabulador*), qui gère trois dimensions des indicateurs (indicateur, pays et année) qui peuvent être combinées pour produire des tableaux servant à l'analyse de la tendance d'un indicateur, de la situation globale dans un pays ou pour la comparaison d'indicateurs dans différents pays sur une même année. Ce système a été lancé par le Programme spécial d'analyse de la santé (SHA, auparavant HDA) en 1999, avec les données de 1990-1999 et inclut l'intégration de son glossaire et des profils de santé des pays.²⁰ Entre 2000 et 2002, de nouvelles composantes ont été développées pour faciliter l'interpolation des données et l'ajustement des taux, ainsi que la préparation des rapports. En 2003, l'interface des usagers a été reformulée de façon à être consistante avec l'identité corporative de l'OPS/OMS et pour faciliter son utilisation. Au cours de cette même période, un instrument a été développé pour réaliser le modèle Excel de la fiche des indicateurs de base directement de la base de données. Ceci a permis d'apporter des corrections et des modifications plus efficacement qu'au cours des années antérieures et avec un plus grand contrôle de la production du pamphlet.

Produits spécifiques de l'IRDSB dans les pays

Fiches et systèmes d'information nationaux et sous-régionaux

37. En 1995, sur les 48 pays, cinq d'entre eux seulement —Bolivie, Costa Rica, Guatemala, Honduras et Mexique— ont publié une fiche de données de base nationales. Huit ans plus tard, 24 pays ont publié au moins une fiche d'indicateurs de base. Les pays qui ont publié des fiches de données de base nationales sont les suivants : Argentine,

²⁰ On peut accéder aux différentes composantes de l'IRDSB à la page Web suivante :
<http://www.paho.org/Selection.asp?SEL=HD&LNG=SPA>

Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Uruguay et Venezuela. Il faut noter que dix de ces pays ont publié des fiches d'indicateurs de base durant plus de quatre ans.

38. En 2002, la *Fiche des indicateurs de base de la santé d'Amérique centrale et République dominicaine* a été publiée, et elle constitue le premier exemple de niveau sous-régional comportant une information sous-nationale de 34 indicateurs. Cette fiche résulte d'efforts que réalise l'Amérique centrale depuis 1995, à travers le travail conjoint des pays au titre du projet d'Information et de Communication en Santé (INFOCOM), et elle a été réalisée à la suite de plusieurs consultations et ateliers au niveau sous-régional avec les autorités nationales.

39. En 2003, a été publiée la *Fiche des indicateurs de base 2003; situation sanitaire à la frontière du Mexique et des États-Unis*. Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs de base pour les communautés sœurs de la frontière du Mexique et des États-Unis, qui est le fruit des efforts déployés par le Bureau de l'OPS sur le terrain situé à la frontière entre le Mexique et les États-Unis, avec la participation des gouvernements du Mexique et des États-Unis à différents niveaux. Elle présente une information comparative des données entre le niveau national, avec les données frontalières de l'État et celles des 29 municipalités frontalières sœurs.

40. Quinze pays au moins ont développé des systèmes d'information ou disposent d'une information sur les données de base publiées sur l'Internet. Parmi eux, il convient de souligner le travail du Brésil, qui dispose d'un système développé par DATASUS²¹ accessible sur l'Internet et qui inclut des séries temporelles de diverses années d'indicateurs de différentes catégories au niveau sous-national.

Profils sous-nationaux de santé et guides méthodologiques

41. Certains pays de la Région, spécifiquement l'Argentine, le Brésil, le Chili, Costa Rica, Cuba, le Nicaragua et le Pérou, ont préparé des profils sous-nationaux de santé, dont un grand nombre a été présenté à la *II^e Réunion des directeurs nationaux d'épidémiologie et de points focaux de SHA (II Reunión de Directores Nacionales de Epidemiología y Puntos Focales de SHA)*, qui s'est tenue à Brasilia en 2002. En Argentine par exemple, à partir de 1997 les efforts lancés en 1977 ont permis de générer et de distribuer au secteur de la santé du pays (i.e. les analyses de la situation de la santé

²¹ Ministère de la Santé du Brésil. DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos Brasil-2002*.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm>.

²² Duarte EC, Schneider MC, Souza RP, et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil. Um estudo exploratório*. Fundação Nacional de Saúde. CEN EPI, OPAS/

à l'échelle nationale et les études sur la formation fournies les études nationales d'analyse de la situation sanitaire et de formation des équipes juridictionnelles et nationales aux méthodes et aux instruments destinés à l'analyse de l'information épidémiologique, ainsi que de distribuer dans l'ensemble du pays près de 10.000 exemplaires de la fiche comportant les indicateurs de santé du pays, tant au niveau national que provincial.

42. Le Centre national d'épidémiologie du Brésil a développé avec l'aide de SHA, un guide méthodologique destiné à mesurer les inégalités en santé, avec des exemples fondés sur les indicateurs de base du pays²².

Ressources investies dans l'IRDSB

43. Afin de répondre à la recommandation du Comité exécutif de connaître les ressources investies dans l'IRDSB, le DD/AIS a effectué, au début du mois de juillet 2004, une enquête ad-hoc, avec l'aide des points focaux des représentations de l'OPS/OMS dans les pays et dans les Unités techniques du Bureau central, responsables de consolider divers indicateurs et de fournir une estimation du budget octroyé à l'IRDSB, ainsi que du personnel et du temps consacré à la réalisation de cette tâche au cours de l'année (annexe C).

44. L'information obtenue provient de 19 pays de la Région. Le tableau de l'annexe C montre la répartition du personnel qui participe à l'Initiative aux niveaux régional et national. Il est important d'observer que, en matière de soutien de l'IRDSB au niveau national, les représentations de l'OPS/OMS aident les pays avec un investissement d'un peu plus de \$US 90 000 et avec 34 personnes chargées de compiler, consolider, vérifier et imprimer les données.

45. En ce qui a trait à la partie régionale de l'IRDSB, élaborée avec les Unités techniques du Bureau central, 11 Unités sur les 14 consultées ont répondu. Elles investissent dans l'IRDSB un total de \$631 100 (annexe D) dont un demi million investi par le Programme élargi d'immunisations. En matière de personnel, 12 personnes collaborent à des postes administratifs et 48 à des postes techniques ; ce personnel occupe des fonctions diverses dans les différentes Unités techniques et consacrent à l'Initiative une partie de son temps de travail. Il faut souligner que le DD/AIS investit \$85 000 en coûts directs dans l'IRDSB et est l'instance qui consacre le plus de personnel (5 postes administratifs et 15 techniques) afin de soutenir le processus permanent de compilation, consolidation, vérification et impression des données de base. Un poste permanent est recommandé pour remplir ces fonctions qui le sont actuellement par une équipe aux multiples fonctions.

Perspectives et enjeux

46. L'IRDSB constitue un processus qui permet l'utilisation d'information valide pour la planification et l'évaluation du secteur de la santé qui doit être consolidée et étendue aux niveaux sous-nationaux dans tous les pays de la Région des Amériques. C'est là la seule initiative intégrale et intégrante d'information sanitaire pour toute la population dans le secteur de la santé dans les Amériques. L'expérience acquise par l'OPS/OMS dans l'IRDSB, tant au niveau du Secrétariat qu'à celui des pays, a été fondamentale afin de garantir le maintien actuel de l'initiative et l'amélioration de l'ensemble du processus dans l'avenir immédiat et à moyen terme. L'impact obtenu au niveau de la participation et de l'usage de l'IRDSB sur les années de son fonctionnement donne l'aval à cette recommandation.

47. Au niveau des pays, il est recommandé de consacrer un plus grand nombre de ressources humaines à cette activité, d'encourager l'accès à l'information, l'analyse et la diffusion et d'encourager également un plus grand appui politique et financier à l'IRDSB. Parallèlement, il faudra renforcer le développement de la capacité technique nationale en matière d'adoption de mesures et d'utilisation de l'information et des analyses de la situation sanitaire. Il faudra définir les aspects de la coopération technique de l'OPS/OMS qui seront nécessaires pour appuyer ces processus, en identifiant également les ressources d'expertise technique disponible dans les pays.

48. Il est recommandé de promouvoir et d'entreprendre des efforts supplémentaires en matière de collecte de données et d'information ventilée par pays en général, et spécialement en ce qui concerne les femmes et les groupes particulièrement vulnérables (par exemple, les populations autochtones, les groupes ethniques, les personnes âgées). La disponibilité de cette information devrait permettre d'assurer un meilleur suivi des mandats régionaux et mondiaux (en particulier les Objectifs de Développement pour le Millénaire), d'analyser la situation des inégalités en santé et d'orienter les interventions sélectives de santé sur les groupes moins favorisés. Les exemples de réussite qui émergent de ce processus devront être diffusés à différents niveaux dans le but de généraliser leur usage.

49. Il est suggéré de fournir un appui à l'élaboration et la mise à jour des systèmes d'information en santé des pays. Il est également suggéré que le flux d'information entre les pays et l'OPS/OMS soit amélioré grâce à la promotion et la vulgarisation de l'information à l'intention des ministères de la santé et autres secteurs liés à la santé. De même, il est recommandé d'encourager l'usage de l'information des systèmes et des registres routiniers pour la prise des décisions en santé, en considérant le recours à des enquêtes comme un processus complémentaire. Au niveau du siège de l'OPS, il est proposé que DD/AIS continue à appuyer l'IRDSB pour contribuer à sa consolidation et son maintien à l'avenir.

50. Pour réaliser des progrès en matière d'élaboration et de mise en œuvre des processus nationaux de collecte de données, il est recommandé d'introduire des mécanismes et des instruments dans les pays, qui visent à réunir un plus large consensus et obtenir une plus forte participation de la part des institutions responsables de la production et de la collecte de données, d'indicateurs et d'informations en santé, dans le but de faciliter les processus de validation, d'harmonisation et de diffusion de données de base nationales. Parmi les mécanismes suggérés, on peut citer la constitution d'une Commission générale de coordination chargée des questions politiques et administratives; un Groupe de travail inter agences chargé de la coordination technique; des comités techniques multidisciplinaires chargés de l'analyse méthodologique et opérationnelle; des comités chargés de la production et de la coordination des indicateurs, et un secrétariat technique chargé de la définition des processus, des propositions et du suivi. Parmi d'autres instruments suggérés figurent une matrice d'indicateurs et de notes techniques; une planification opérationnelle de produits; une base de données d'indicateurs communs et des systèmes d'information interopératoires.

51. Il est recommandé d'assurer une meilleure coordination avec les institutions gouvernementales telles que les instituts nationaux de statistique et les organisations de la société civile, les banques internationales, les institutions internationales et les réseaux comme le Réseau métrique de santé, en vue de renforcer la santé publique internationale en fonction de résultats, en veillant à l'équité, la qualité et l'efficacité, i.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

52. Le présent rapport est présenté au Conseil directeur à l'occasion du 10^e anniversaire du lancement de l'Initiative, dans le but de rendre compte de son évolution et de recevoir des suggestions et des commentaires pour décider des actions futures.

Annexes

Annexe A. Les Objectifs de développement du millénaire (ODM) et l'Initiative régionale de données sanitaires de base de l'OPS

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE (ODM)			ACTUELLEMENT DISPONIBLE À L'OPS	BIENTÔT DISPONIBLE À L'OPS	POURRAIT ÊTRE DISPONIBLE À L'OPS	EXIGERA UN EFFORT PARTICULIER	
OBJECTIF	CIBLE	INDICATEURS					
1	2	4. Prévalence d'enfants de poids insuffisant (mineurs de 5 ans)	X (D.2.0.9)				
		5. Pourcentage de la population sous le seuil de consommation énergétique alimentaire		x(B.1.0.0)			FAO
3	4	9. Prévalence de filles et de garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur					UNESCO, WB
		10. Prévalence d'hommes et de femmes alphabétisés entre 15 et 24 ans					UNESCO, WB
4	5	13. Taux de mortalité des enfants mineurs de 5 ans	X (C.4.0.9)				
		14. Taux de mortalité infantile	x (C.1.10.1 et C.2.0.1)				
		15. Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	x(E.7.0.1)				
5	6	16. Taux de mortalité maternelle	x(C.5.2.0)				
		17. Pourcentage d'accouchements avec l'aide de personnel de santé spécialisé	X(E.13.2.0)				
6	7	18. Prévalence du SIDA parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans			x		
		19. Prévalence des contraceptifs	X(E.10.2.0)				
		20. Nombre d'enfants orphelins à cause du SIDA					x
	8	21. Taux de morbidité et de mortalité associés à la malaria	X(D.17.0.0)	x(D.17.0.0)	x(décès)		
		22. Pourcentage de la population utilisant des moyens efficaces de prévention et de traitement de la malaria dans les zones à risque	x(pas en CD)		x		
		23. Taux de morbidité et de mortalité associés à la tuberculose	x(D.19.0.0 et C.16.0.0)				
		24. Pourcentage de cas de tuberculose détectés et guéris grâce au traitement bref sous observation directe (DOTS)			x		
7	10	29. Proportion de la population ayant un accès soutenu à de meilleures sources d'approvisionnement en eau	x(E.1.0.0)				
	11	30. Proportion de la population ayant accès à de meilleurs services de santé	x(E.2.0.0)				
8	13	35. Pourcentage de l' ODA destiné aux services sociaux de base (éducation de base, soins primaires de santé, nutrition, eau non polluées)			x	x	
	17	46. Pourcentage de la population ayant un accès soutenu à des médicaments essentiels bon marché			x	x	

Annexe B. Disponibilité d'information de l'IRDSB pour la Région des Amériques et les sous-régions, 1995-2003

Sous-région	Nombre de pays	Tous les indicateurs (363) (n pour la période =3267)			Démographiques (38) (n=342)	Socioéconomiques (18) (n=162)	Mortalité (235) (n=2115)	Morbidité (38) (n=342)	Ressources, accès et couverture (34) (n=306)
		%	Total observé	Total attendu	%	%	%	%	%
Amérique du Nord	3	31.8	3116	9801	92.8	36.0	22.4	30.0	28.1
Amérique latine	22	40.2	28923	71874	99.7	59.7	29.6	37.5	39.8
<i>Isthme centre-américain</i>	7	38.3	8770	22869	99.7	61.9	26.4	38.4	39.6
<i>Caraïbes latines</i>	4	38.5	5032	13068	99.7	48.8	29.2	32.8	35.0
<i>Région andine</i>	5	40.4	6596	16335	99.7	62.8	28.7	41.1	42.4
<i>Cône sud</i>	4	43.2	5643	13068	99.7	60.5	34.3	35.8	40.3
Caraïbes non latines	23	21.8	16378	75141	83.1	23.9	11.0	25.0	22.9
Amériques	48	30.9	48417	156816	91.3	41.1	20.3	31.0	31.0

Les sous-régions sont définies comme suit :

- Amérique du Nord : les Bermudes, le Canada et les États-Unis
- Amérique latine : la région andine, le Brésil, l'isthme centre-américain, les Caraïbes latines, le Mexique et le Cône sud.
- Isthme centre-américain : Belize, Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Panama.
- Caraïbes latines : Cuba, la République Dominicaine, Haïti, et Puerto Rico.
- Région andine : la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, le Pérou et le Venezuela.
- Cône Sud : l'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay.
- Caraïbes non latines : Anguila, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les Bahamas, la Barbade, les îles Cayman, îles Turques et Caïques, îles Vierges (RU), îles Vierges (EUA), la Dominique, la Guyane française, Grenade, la Guadeloupe, Guyana, la Jamaïque, la Martinique, Montserrat, les Antilles néerlandaises, St. Kitts-et-Nevis, Ste Lucie, St. Vincent et les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago.

REMARQUE : Les données disponibles de mortalité ne sont pas ventilées par sexe ni par âge, ce qui porte à sous-estimer jusqu'à quel point les indicateurs ont été atteints dans les pays.

Annexe B (suite) Disponibilité de valeurs pour les indicateurs de l'IRDSB ventilés par sous-région pour la période 1995-2004. Pourcentages de disponibilité par rapport à la valeur attendue de 100%

Sous-région	Nombre de pays	Tous les indicateurs (363) (n pour la période=3630)		Démographiques (38) (n=380)	Socioéconomiques (18) (n=180)	Mortalité (235) (n=2350)	Morbidité (38) (n=380)	Ressources, accès et couverture (34) (n=340)	
		Disponibles	Total	%	%	%	%	%	
Amérique du Nord	3	60,8	5956	9801	100,0	38,3	55,1	30,1	28,4
Amérique latine	22	55,6	39965	71874	100,0	64,2	44,4	37,9	39,4
<i>Isthme centre-américain</i>	7	56,8	12981	22869	100,0	66,5	45,5	39,5	39,6
<i>Caraïbes latines</i>	4	56,3	7357	13068	100,0	51,0	48,0	32,5	34,2
<i>Région andine</i>	5	48,8	7976	16335	89,7	56,6	25,8	37,0	38,1
<i>Cône sud</i>	4	59,3	7750	13068	100,0	66,8	49,5	36,3	39,9
Caraïbes non latines	23	31,7	23821	75141	91,3	24,5	18,6	24,2	23,8
Amériques	48	47,6	105806	156816	95,8	43,6	32,7	30,9	31,3

Les sous-régions sont définies comme suit :

- Amérique du Nord : les Bermudes, le Canada et les États-Unis
- Amérique latine : la région andine, le Brésil, l'isthme centre-américain, les Caraïbes latines, le Mexique et le Cône sud.
- Isthme centre-américain : Belize, Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et Panama.
- Caraïbes latines : Cuba, la République Dominicaine, Haïti, et Puerto Rico.
- Région andine : la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, le Pérou et le Venezuela.
- Cône Sud : l'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay.
- Caraïbes non latines : Anguila, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les Bahamas, la Barbade, les îles Cayman, îles Turques et Caïques, îles Vierges (RU), îles Vierges (EUA), la Dominique, la Guyane française, Grenade, la Guadeloupe, Guyana, la Jamaïque, la Martinique, Montserrat, les Antilles neerlandaises, St. Kitts-et-Nevis, Ste Lucie, St. Vincent et les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago

**Annexe C. Ressources annuelles investies dans l'IRDSB par
les pays aux niveaux régional et national. Juillet 2004**

Pays	Régional					National				
	Budget alloué par an US\$	Postes				Budget Alloué par an US\$	Postes			
		G *		P**			G *		P**	
		N°	%***	N°	%***		N°	%***	N°	%***
Argentine		1	0,1	1	0,2	5000	2	0,1	1	4,2
Bolivie				2	10,0	12000	1	5,0	1	35,0
Brésil		1	7,5	1	7,5	7500	1	7,5	1	7,5
Chili		1	7,5	1	7,5	3000	1	7,5	1	7,5
Colombie				1	5,0	2800			1	5,0
Costa Rica				1	8,3	3000			4	4,9
Cuba		1	3,0	1	3,0	5000	1	3,0	1	3,0
Équateur		1	5,0	1	10,0	2500	1	5,0	1	20,0
El Salvador				1	12,0	5118			3	24,0
Guatemala		1	15,0	1	10,0	2500	1	30,0	1	20,0
Honduras				1	1,0	4000			1	10,0
Mexico						4000				
Nicaragua				1	2,5	16900			1	17,5
Panama		1	4,0	1	4,0	2600	1	4,0	1	4,0
Paraguay		1	0,5	1	0,5	500	1	1,0	1	1,5
Pérou				1	5,0	2500			1	5,0
République Dominicaine				1	10,0	3500	1	1,5	1	15,0
Uruguay				1	15,0	2600			1	15,0
Venezuela						6000			1	20,0
Total	0	7	5,3	17	6,8	91018	10	5,9	21	12,3

* Postes administratifs

** Postes techniques

*** Pourcentage moyen par personne

Annexe D. Ressources annuelles investies dans l'IRDSB par les Unités du bureau central de l'OPS. Juillet 2004

Unité	Régional				
	Budget alloué par an US\$	Postes			
		G *		P**	
		N°	%***	N°	%***
AD/DPC/CD	5000			4	5
AD/DPC/CD/TB				2	11,1
AD/DPC/NC				1	2
AD/DPC/VP	1100	3	14,0	6	13,7
AD/FCH/AI		1	25,0	1	10
AD/FCH/IM	500000	1	70,0	7	12,1
AD/FCH/WM		1	15,0	2	12,5
AD/GE				1	1
AD/SDE/RA				2	0,8
AD/THS/OS	20000	1	5,0	2	7,5
DD/AIS	85000	5	6,5	15	19,9
DPM/SDH/HP	20000			4	15
DPM/SDH/HR				1	50
Total	631100	12	15,7	48	13,4

* Postes administratifs

** Postes techniques

*** Pourcentage moyen
