



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



42^e CONSEIL DIRECTEUR 52^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CD42/6 (Fr.)

18 août 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

SITUATION ET TENDANCES SANITAIRES DANS LES AMERIQUES

Ce document a pour objectif de fournir des informations sur la situation de la santé dans les Amériques pour soutenir l'élaboration continue des programmes et activités multistratégiques par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et par les pays de la Région afin d'améliorer la santé des populations. Ce document s'appuie sur les nombreuses informations fondamentales procurées par l'initiative des données sanitaires de base/profils de pays, de l'OPS, et les analyses sanitaires nationales. Les travaux de l'OPS se sont unifiés autour des concepts de l'équité et du panaméricanisme, qui déterminent pour une grande part l'orientation et l'axe de sa coopération technique.

Un besoin pressant d'amélioration des informations empiriques sur la santé publique pour faciliter l'évaluation périodique de la situation et des tendances sanitaires se fait sentir, non seulement au niveau des moyennes nationales, mais aussi au niveau de tous les groupes démographiques et zones géographiques. Il est indispensable de disposer de données désagrégées par zone géographique pour détecter les disparités et acheminer les ressources de manière à combler les différences qui peuvent être qualifiées d'inéquitables.

L'Organisation a pris l'engagement d'œuvrer à la consolidation des systèmes d'information sanitaire et des plates-formes de communication dans les Etats Membres. Cette stratégie contribuera à documenter l'impact des interventions sanitaires et à atténuer les disparités dans ce domaine qui sont si caractéristiques de la situation sanitaire de la Région.

Il est demandé au Conseil directeur de bien vouloir examiner le présent document et formuler ses commentaires afin d'aider l'Organisation à consolider l'initiative des données sanitaires de base/profils de pays.

TABLE DES MATIERES

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| 1. Introduction..... | 3 |
| 2. Tendances démographiques et de l'urbanisation..... | 3 |
| 3. Situation de la santé et polarisation épidémiologique | 6 |
| 4. Réponse de l'OPS..... | 8 |

1. Introduction

Ce document a pour objectif général de fournir des informations sur la situation de la santé dans les Amériques pour soutenir l'élaboration continue des programmes et activités multi-stratégiques par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et par les pays afin d'améliorer la santé des populations de la Région.

Les travaux de l'OPS se sont unifiés autour des concepts d'équité et de panaméricanisme, qui déterminent pour une grande part la direction et l'axe de sa coopération technique. L'axe principal de l'OPS vise à collaborer avec les Etats Membres dans leurs efforts pour réduire les inégalités sanitaires. L'intégration de la santé au programme économique et social de tous les groupes démographiques est une prémisses essentielle au développement national et régional. Des données sanitaires fiables constituent une condition préalable indispensable à toutes ces approches.

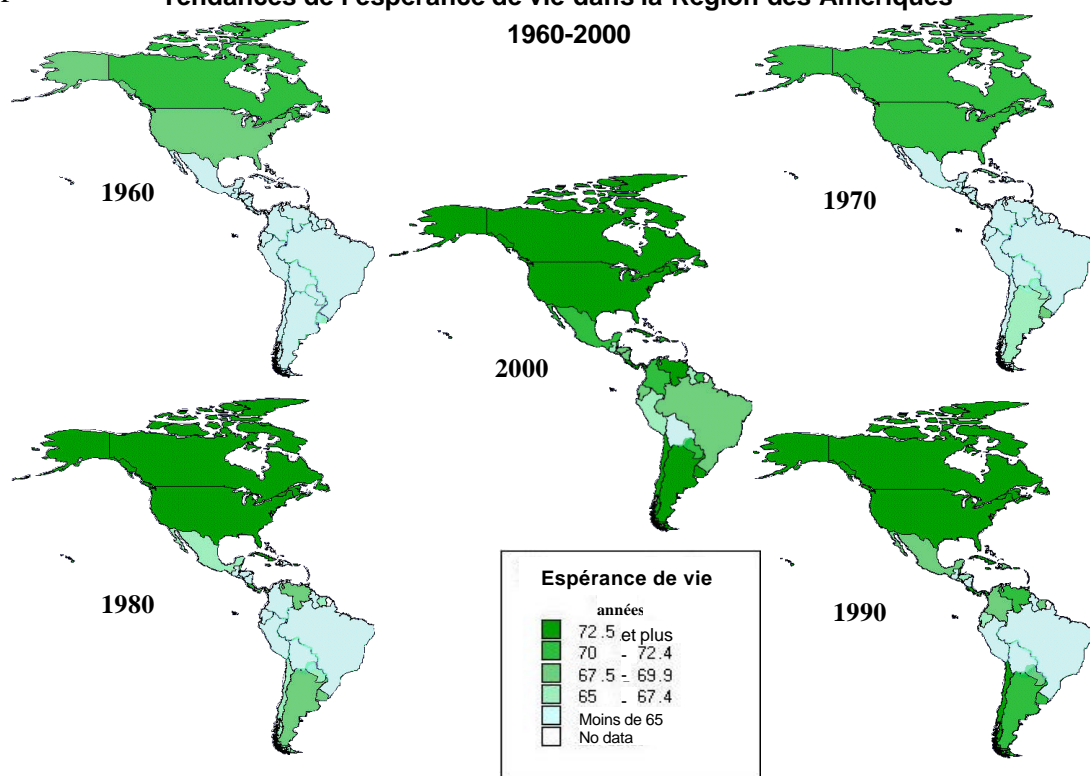
Ce document présente un récapitulatif de la situation et des tendances sanitaires dans les Amériques et il s'appuie sur les nombreuses informations fondamentales procurées par l'initiative données sanitaires de base/profils de pays de l'OPS et les analyses sanitaires nationales. Le document s'articule autour de trois sections : a) les tendances démographiques et l'urbanisation, b) la situation sanitaire et la polarisation épidémiologique, et c) la réponse de l'OPS pour renforcer les informations sanitaires de base à l'échelle nationale et les initiatives d'analyse de la situation sanitaire.

2. Tendances démographiques et de l'urbanisation

Pendant la seconde partie du XX^e siècle, une transition démographique importante a eu lieu dans la Région des Amériques. La baisse des taux de mortalité pendant les 30 dernières années a porté les démographes à utiliser le terme "transition démographique". En 1950, la population de la Région des Amériques était de 331 millions d'habitants. En 1999, elle était estimée à 823 millions d'habitants, représentant près de 14 pour cent de la population mondiale. Environ un tiers de cette population habite aux Etats-Unis, un autre tiers couvrant deux autres pays : le Mexique et le Brésil. Le tiers restant est réparti entre 45 pays et territoires de la Région.

La transition démographique des Amériques et, en particulier de l'Amérique latine et des Caraïbes, s'est amorcée avec la baisse de la mortalité infantile et juvénile. Entre les périodes 1980-1996 et 1990-1996, la plupart des pays ont réduit de moitié leurs taux de mortalité causée par les maladies transmissibles chez les enfants âgés de moins d'un an.

En Amérique latine, l'espérance de vie moyenne pendant la période 1995-1999 était de 70 ans, cible fixée pour la fin du centenaire dans la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La Figure 1 présente les changements dans les tendances de l'espérance de vie pour la Région entre 1960 et 2000. Néanmoins, il se dégage une grande diversité entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. L'espérance de vie pour la Région varie de 54,1 à 79,2 ans. Il existe un écart de plus de 25 ans entre les deux pays extrêmes de la Région. Dans de nombreux pays, les taux intérieurs sous-nationaux présentent des écarts plus marqués, traduisant des différences considérables dans le risque relatif et absolu de décès prématuré.



Entre 1950-1955 et 1995-2000, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes est passé de 3,3 à 5,7 ans pour l'Amérique latine, de 2,7 à 5,2 ans pour les Caraïbes et de 5,7 à 6,6 ans pour l'Amérique du Nord. Ce changement du profil démographique a entraîné le vieillissement de la population générale, s'accompagnant d'une hausse concomitante des maladies chroniques et dégénératives, ainsi que des incapacités qui affectent plus fréquemment les femmes.

La transition démographique des Amériques se caractérise par le niveau de croissance démographique, assorti de taux de mortalité et de fécondité divers. Quatre typologies ont été appliquées pour identifier le niveau de cette transition dans les pays correspondants :

- *Groupe 1.* Transition émergente (taux de naissance élevé, mortalité élevée, croissance naturelle modérée (2,5%) : Bolivie et Haïti.
- *Groupe 2.* Transition modérée (taux de naissance élevé, mortalité modérée, croissance naturelle élevée (3,0%) : El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Paraguay.
- *Groupe 3.* Transition complète (taux de naissance modéré, mortalité modérée ou faible, croissance naturelle modérée (2,0%) : Brésil, Colombie, Costa Rica, Equateur, Guyane, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité et Tobago, et Venezuela.
- *Groupe 4.* Transition avancée (taux de naissance et de mortalité modérés ou faibles, croissance naturelle faible (1,0%) : Argentine, Bahamas, Barbade, Canada, Chili, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Jamaïque, Martinique, Porto Rico, et Uruguay.

Il est devenu clair que les moyennes ne disent pas tout ; les mesures de distribution des indicateurs de mortalité et de morbidité, par conséquent, deviennent de plus en plus courantes. Ce qui suit est un exemple de travaux dans cette direction qui fait intervenir les coefficients de Gini.¹

Les Figures 2a et 2b présentent les coefficients de Gini pour deux pays avec des niveaux de transition démographique différents (transition modérée et avancée). Le degré d'inégalité dans la mortalité infantile, tel qu'il est mesuré par le coefficient de Gini correspondant, est plus du double dans un pays qui à présent se trouve au stade de la transition démographique modérée que dans un pays au stade de la transition démographique complète. Il est important de noter les différences marquées dans l'ampleur des inégalités de santé entre les populations de l'Amérique latine qui traversent le même stade de transition démographique. Les Figures 3a et 3b montrent le niveau des inégalités dans la mortalité infantile ajustée pour tenir compte des différences socio-économiques, mesuré par l'indice de

¹ Le coefficient de Gini est basé sur la courbe de Lorenz, représentation graphique d'une variable avec sa distribution uniforme (c'est-à-dire, situation d'égalité) dans la population. Une ligne diagonale représente cette distribution uniforme. Plus la distance est grande entre la courbe de Lorenz et la ligne diagonale, plus l'inégalité est marquée. Les valeurs possibles du coefficient de Gini vont de zéro à un. L'indicateur serait égal à zéro dans les conditions de parfaite égalité.

concentration,² en prenant deux pays qui sont au même stade de transition démographique (complète). Le niveau des inégalités dans la mortalité infantile est presque trois fois supérieur dans un pays par rapport à l'autre, suggérant que malgré les similitudes quant à la transition démographique, il pourrait y avoir des différences importantes liées à leur polarisation épidémiologique et les processus socio-économiques respectifs.

D'après les estimations, la population urbaine moyenne de la Région pour l'an 2000 est de 76,0%. Néanmoins, la moyenne pour le Cône Sud est de 85,3 % et elle est de 48,3 % pour l'Amérique centrale. Les Figures 4 et 5 illustrent la distribution de la population urbaine de la Région par unités géographiques sous-régionales, variant de 11% à 99%. La croissance de l'urbanisation dans les Amériques a eu des répercussions sur la santé dans la mesure où elle a augmenté les risques absolus de problèmes sociaux importants, tels que la violence et les accidents.

3. Situation sanitaire et polarisation épidémiologique

La plupart des analyses de la situation de santé des pays des Amériques ont mis en valeur les progrès remarquables réalisés pendant le XX^e siècle pour prolonger la vie et accroître la durée de vie en bonne santé de certains groupes de population. D'un autre côté, ces analyses ont aussi souligné les disparités importantes qui existent toujours entre la longévité moyenne nationale et celle des groupes défavorisés. Bien que de grands progrès aient été effectués pour lutter contre les maladies infectieuses et parasitaires, ces dernières sont toujours des causes de décès importantes, enregistrant des taux similaires à ceux des maladies non transmissibles.

Vers la fin du XX^e siècle, les taux de mortalité ont baissé dans pratiquement tous les pays du continent américain. En Amérique latine, la longévité moyenne a augmenté de 18 ans en quatre décennies. Cependant, un schéma particulier de mortalité est apparu dans la Région, traduisant une polarisation épidémiologique. Cette polarisation épidémiologique se caractérise par la coexistence prolongée de deux schémas de mortalité, l'un caractéristique des sociétés développées (maladies chroniques et dégénératives), et l'autre caractéristique des conditions de vie des sociétés pauvres (maladies infectieuses et parasitaires), assortis d'une mortalité élevée causée par les accidents et la violence. La part relative des maladies chroniques dans le schéma de mortalité est tout aussi importante que celle des maladies transmissibles. Cette polarisation se dégage de la distribution des causes de décès présentées

² L'indice de concentration mesure jusqu'à quel point des variables particulières de la situation sanitaire se distribuent inégalement par rapport aux quintiles classés par variable socio-économique. Les valeurs varient de -1 à +1. Plus l'indice est proche de zéro pour un indicateur sanitaire donné, le moins concentré est l'inégalité quant au revenu pour cet indicateur.

aux Figures 6a-b et 7. Ce profil indique la persistance de différences importantes dans les conditions de santé entre les divers groupes sociaux et régions à l'intérieur des pays. Les sous-groupes de population n'ont pas tous obtenu accès aux conditions de santé et de vie convenables qui sont nécessaires pour maintenir les changements marqués intervenant dans les causes de décès. Les écarts croissants dans les inégalités sociales et le revenu suscitent toujours des préoccupations en raison de leur effet sur l'élargissement des différences dans les taux de mortalité de la Région.

En appliquant des moyennes nationales, une baisse du nombre d'années de vie potentielle perdues (AVPD) a été observée entre 1980 et 1999 pour l'ensemble de la Région. Bien que ce changement peut être en partie attribué au vieillissement de la population, la cause principale a été l'abaissement de la mortalité dans les premières années de la vie. Cependant, l'intensité et la rapidité de cet abaissement n'étaient pas analogues dans tous les pays ou même dans différentes zones d'un même pays.

Les inégalités dans le risque de tomber malade ou de mourir prématurément sont en corrélation avec les inégalités de la distribution des ressources. Par exemple, les taux de mortalité infantile varient d'un pays à l'autre et au sein d'un pays donné. Ce phénomène est illustré clairement à la Figure 8, qui montre un écart de 3,7 à 133 cas de mortalité infantile pour 1.000 enfants vivants à la naissance, au niveau sous-national. Dans plusieurs pays enregistrant un niveau de revenu relativement élevé, cet indicateur varie de 13,4 à 109,8 pour 1000 enfants vivants à la naissance au niveau sous-national. La répartition sous-nationale des informations devient alors très importante et fort pertinente étant donné que, comme il a été mentionné précédemment, les moyennes nationales d'indicateurs de santé ne traduisent pas l'hétérogénéité qui existe dans la distribution de fréquence des indicateurs de santé au sein d'un pays donné. Les inégalités régionales et nationales observées en matière de santé se retrouvent avec une plus grande intensité aux niveaux sous-nationaux et locaux.

Les maladies non transmissibles représentaient 49,7% de la mortalité de la population adulte des Amériques, alors que les causes extérieures représentaient 13,8% des décès. Au cours de la période 1990-1995, 89 % des victimes d'homicide étaient du sexe masculin, d'après les informations signalées par un nombre considérable de pays. Ce pourcentage représentait une augmentation de 65% pour les victimes du sexe masculin, et de 30% pour les victimes du sexe féminin, par rapport à la période 1980-1985. Dans toutes les sous-régions, près de trois fois plus d'hommes que de femmes sont morts d'accidents de la route entre 1980 et 1996.

Des informations sur des groupes de population différents, en plus des moyennes nationales, devraient être utilisées pour formuler des politiques de santé. En outre, un effort

soutenu s'avère nécessaire pour permettre la répartition des informations au niveau local à des fins d'analyse de la santé. Un besoin pressant d'amélioration des informations empiriques sur la santé publique se fait sentir, pour faciliter l'évaluation périodique de la situation et des tendances sanitaires, non seulement au niveau des moyennes nationales, mais aussi au niveau de tous les groupes démographiques et zones géographiques.

4. Réponse de l'OPS

L'une des responsabilités essentielles de l'Organisation est de faciliter la collecte et la diffusion des informations sanitaires et la participation de l'OPS est depuis longtemps fructueuse dans ce domaine au niveau des Etats Membres. En 1995, l'OPS a lancé son initiative données sanitaires de base/profils de pays qui visait à utiliser la technologie moderne pour systématiser la collecte, l'analyse et la diffusion des données sanitaires essentielles. Il est indispensable de disposer de données désagrégées par zone géographique pour détecter les disparités et acheminer les ressources de manière à combler les différences qui peuvent être qualifiées d'inéquitables.

L'OPS est heureuse de noter les progrès réalisés dans les Amériques à cet égard. Dix-huit ministères de la santé ont établi des systèmes de collecte, d'analyse et de publication des données de base sous une présentation assez uniforme. C'est un accomplissement remarquable.

Le problème qui se pose maintenant à l'Organisation est de continuer à améliorer la compatibilité, la validité et la fiabilité des informations sanitaires afin d'identifier et de quantifier les inégalités qui affectent de manière disproportionnée certains segments des sociétés, tout en reconnaissant les facteurs importants qui déterminent les inégalités en matière de santé. L'OPS collabore actuellement avec les administrations sanitaires nationales, les établissements universitaires et les groupements de la société civile afin de continuer à perfectionner les instruments méthodologiques et opérationnels pour l'exécution d'évaluations sanitaires sous-nationales et locales, ainsi que pour la sélection d'indicateurs et d'indices utiles et appropriés. Une importance particulière est accordée aux instruments et indices de base qui sont pratiques et utiles et qui peuvent être appliqués et produits à l'échelle nationale.

L'Organisation a pris l'engagement d'œuvrer à la consolidation des systèmes d'information sanitaire et des plates-formes de communication dans les Etats Membres. Cette stratégie contribuera à documenter l'impact des interventions en matière de santé et à atténuer les disparités dans ce domaine qui sont si caractéristiques de la situation sanitaire de la Région.

Figure 2 : Inégalités dans la mortalité infantile

Figure 2a :

Inégalités dans la mortalité infantile : courbe de Lorenz et coefficient de Gini. Distribution cumulative des décès chez les moins d'un an parmi la population cumulative d'enfants vivants à la naissance, classés suivant le taux de mortalité infantile. Pays sélectionné en transition démographique modérée (Phase II), 1998.

Coefficient de Gini = 0,216

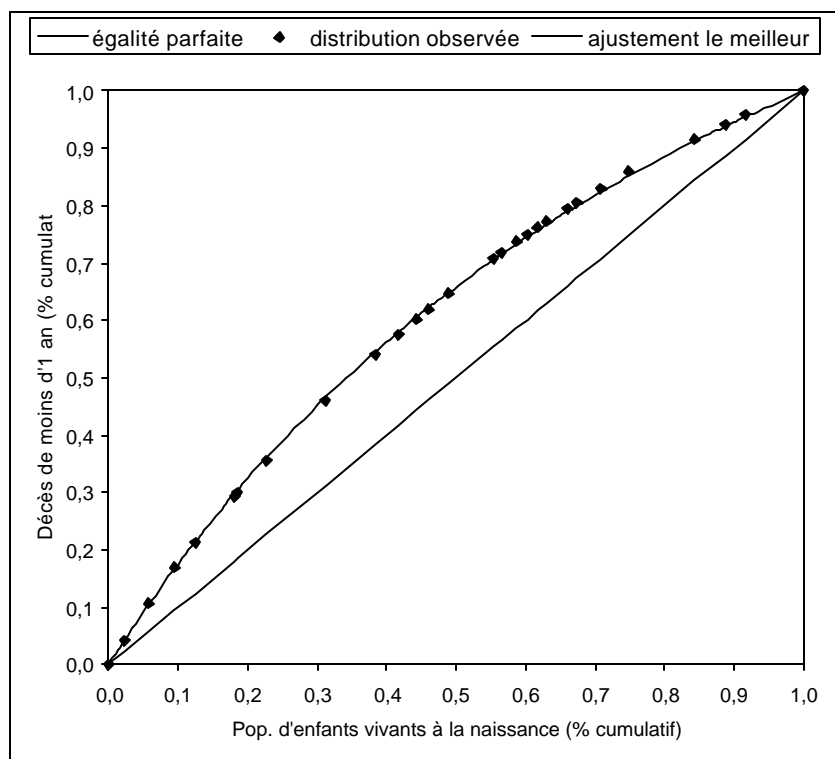


Figure 2b :

Inégalités dans la mortalité infantile. Courbe de Lorenz et Coefficient de Gini. Distribution cumulative des décès chez les moins d'un an parmi la population cumulative d'enfants vivants à la naissance, répartie suivant le taux de mortalité infantile. Pays sélectionné en transition démographique complète (Phase IV), 1997.

Coefficient de Gini = 0,090

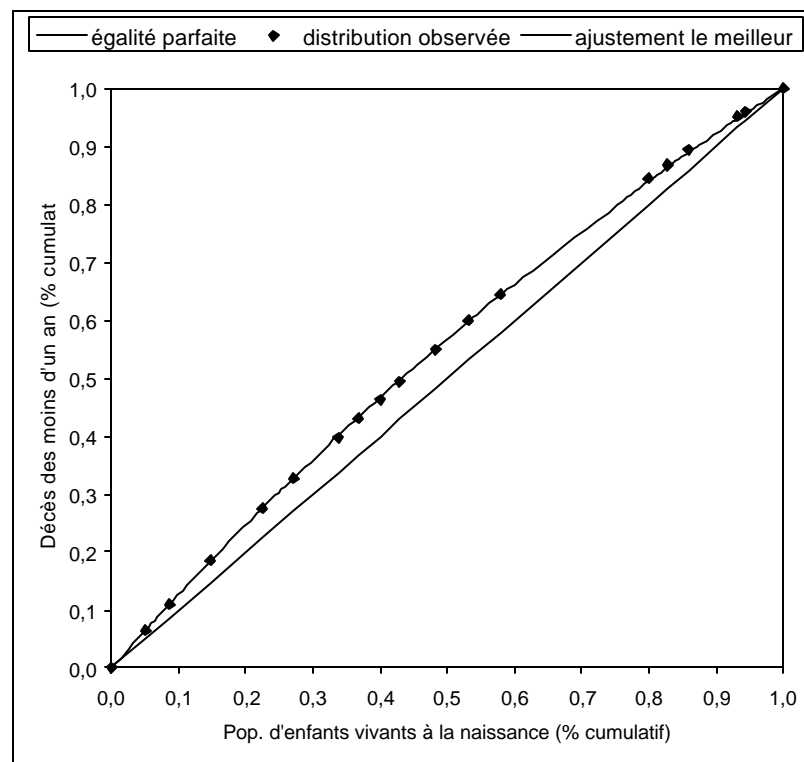


Figure 3 : Inégalités socio-économiques dans la mortalité infantile

Figure 3a :

Inégalités socio-économiques dans la mortalité infantile. Courbe et indice de concentration. Distribution cumulative des décès des moins d'un an parmi la population cumulative d'enfants vivants à la naissance, répartie par niveau socio-économique, d'après la proportion de ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté national. Pays sélectionné en transition démographique avancée (Phase III), 1997.

Indice de concentration = - 0,228

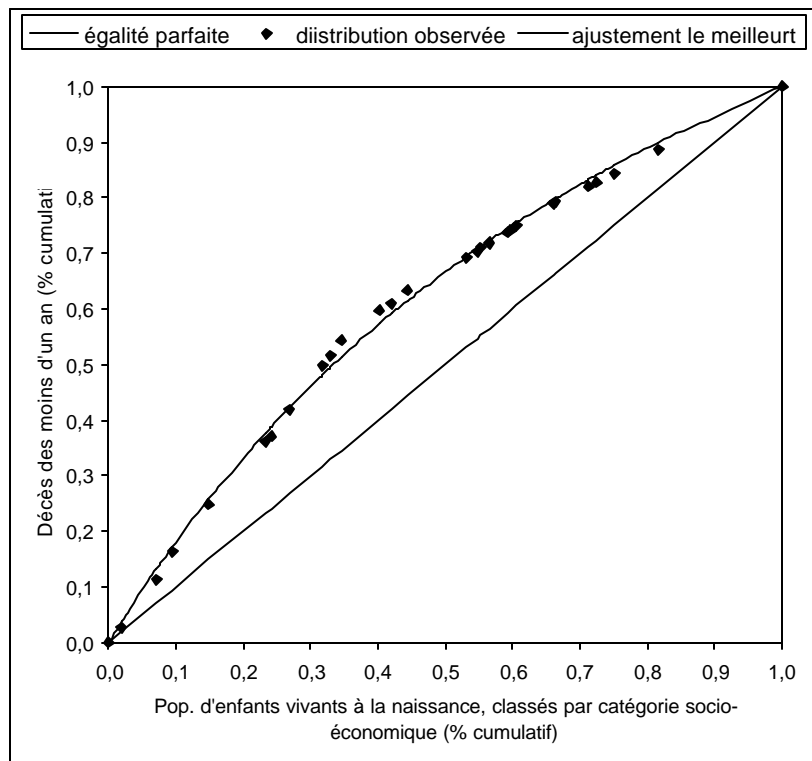


Figure 3b :

Inégalités socio-économiques dans la mortalité infantile : Courbe et indice de concentration. Distribution cumulative des décès des moins d'un an parmi la population cumulative d'enfants vivants à la naissance, classée par niveau socio-économique, d'après l'importance de l'indice national du développement social. Pays sélectionné en transition démographique avancée (Phase III), 1999.

Indice de concentration = - 0,088

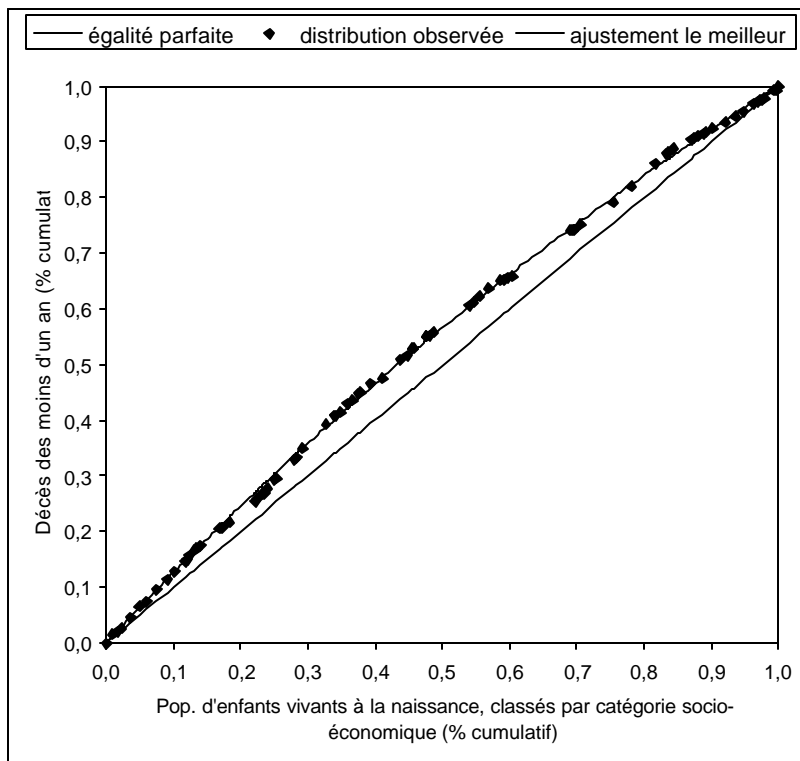


Figure 4:
Population urbaine dans les Amériques, 1995-2000.
Distribution par unités sous-nationales, dans 12 pays

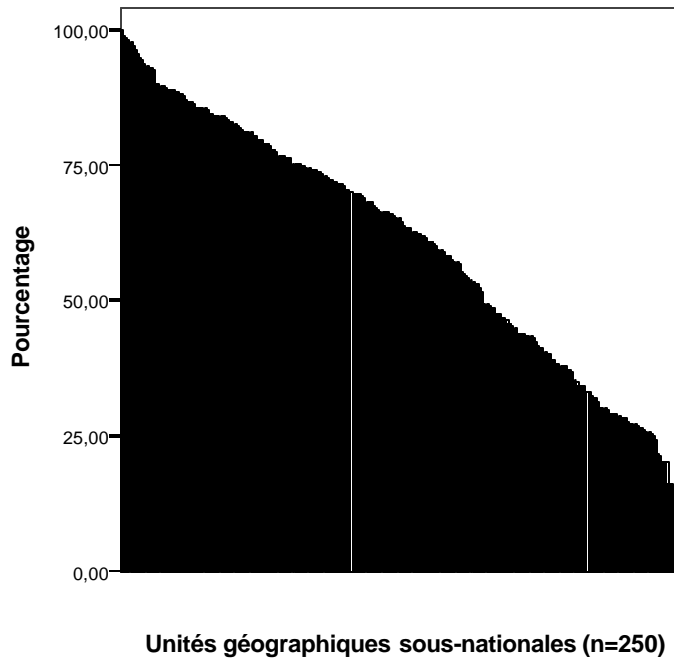
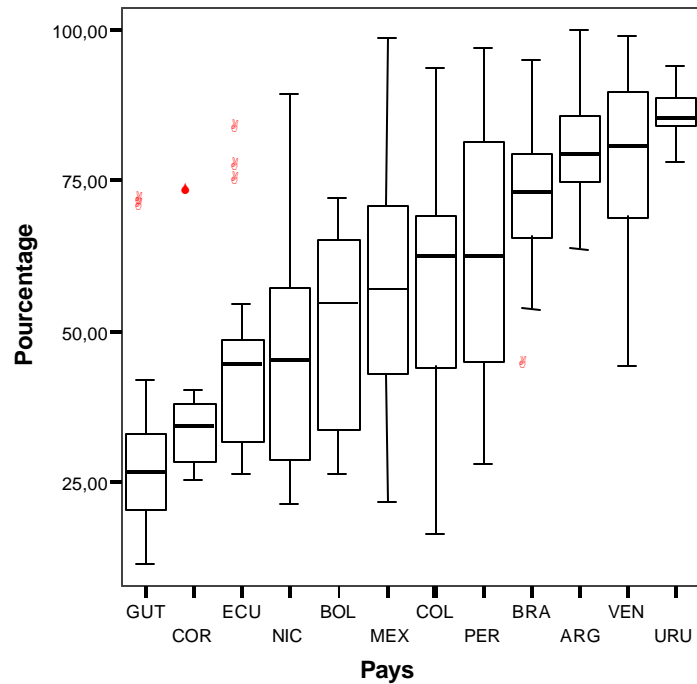
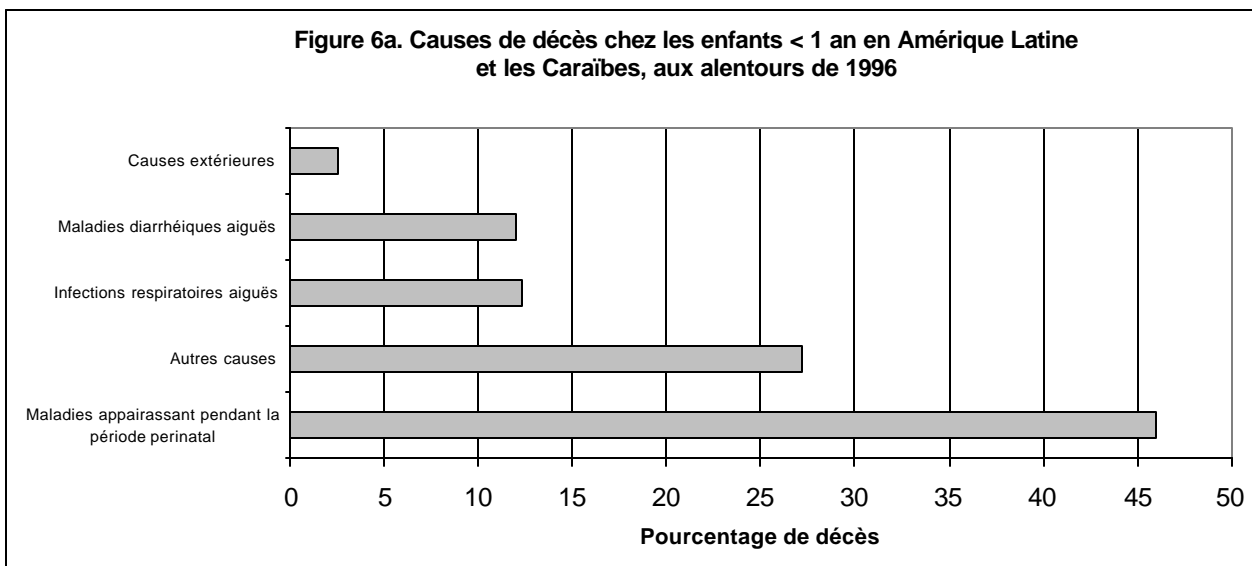
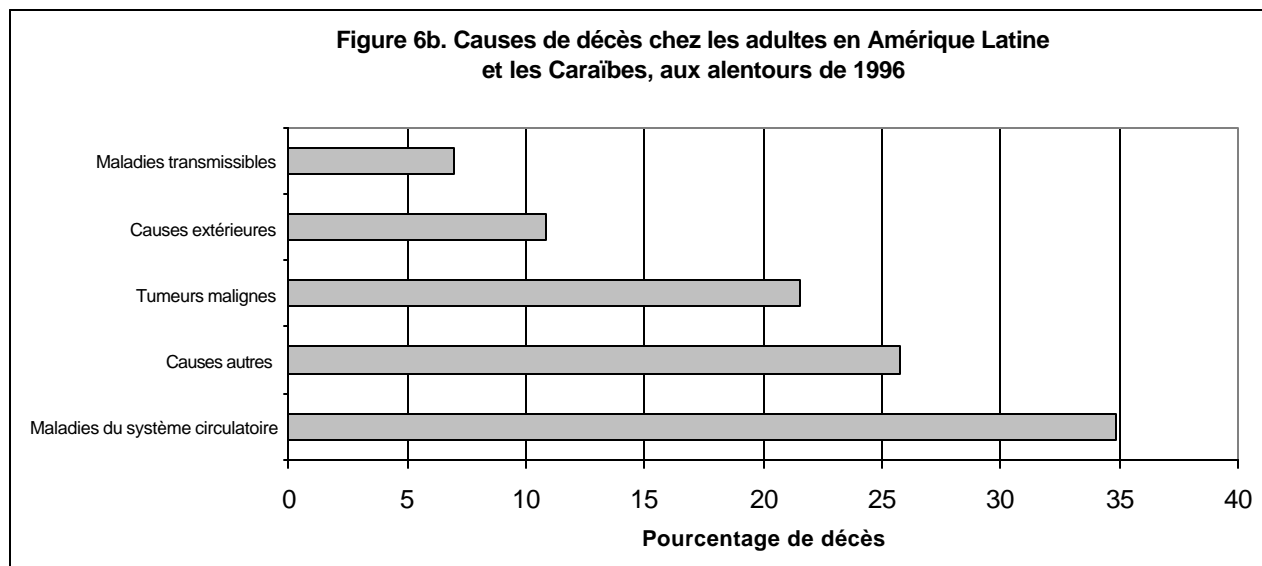


Figure 5:
Population urbaine des Amériques, 1995-2000.
Distributions par unités sous-nationales et par pays.



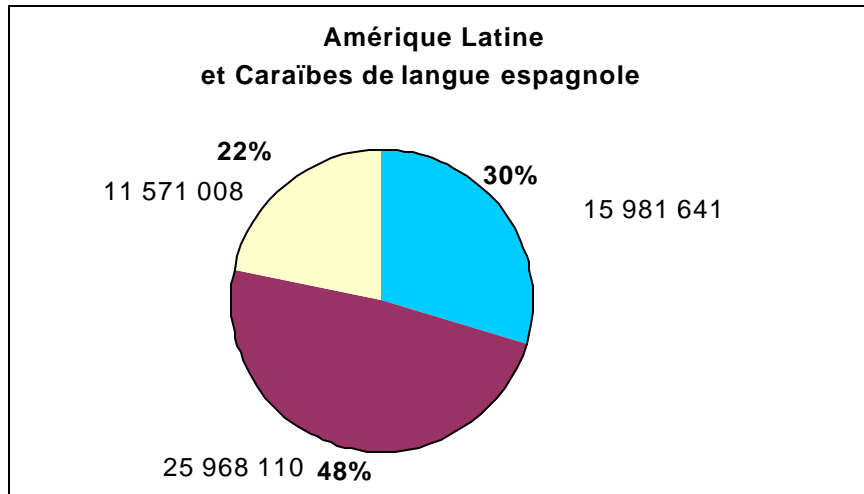
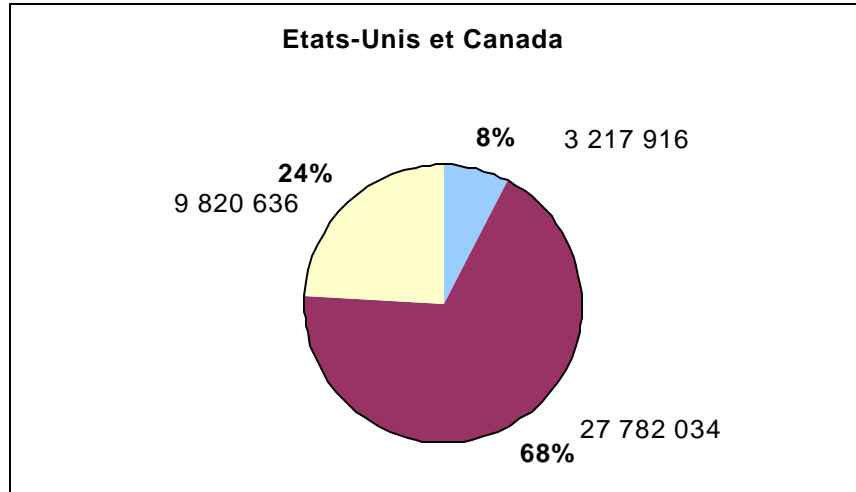


Source : Programme spécial d'analyse sanitaire, Système d'information technique sur la mortalité



Source : Programme spécial d'analyse sanitaire, Système d'information technique sur la mortalité

Figure 7 :
Années de vie potentielle perdues pour chaque groupe général,
par région et pour la dernière année disponible, aux alentours de 1995






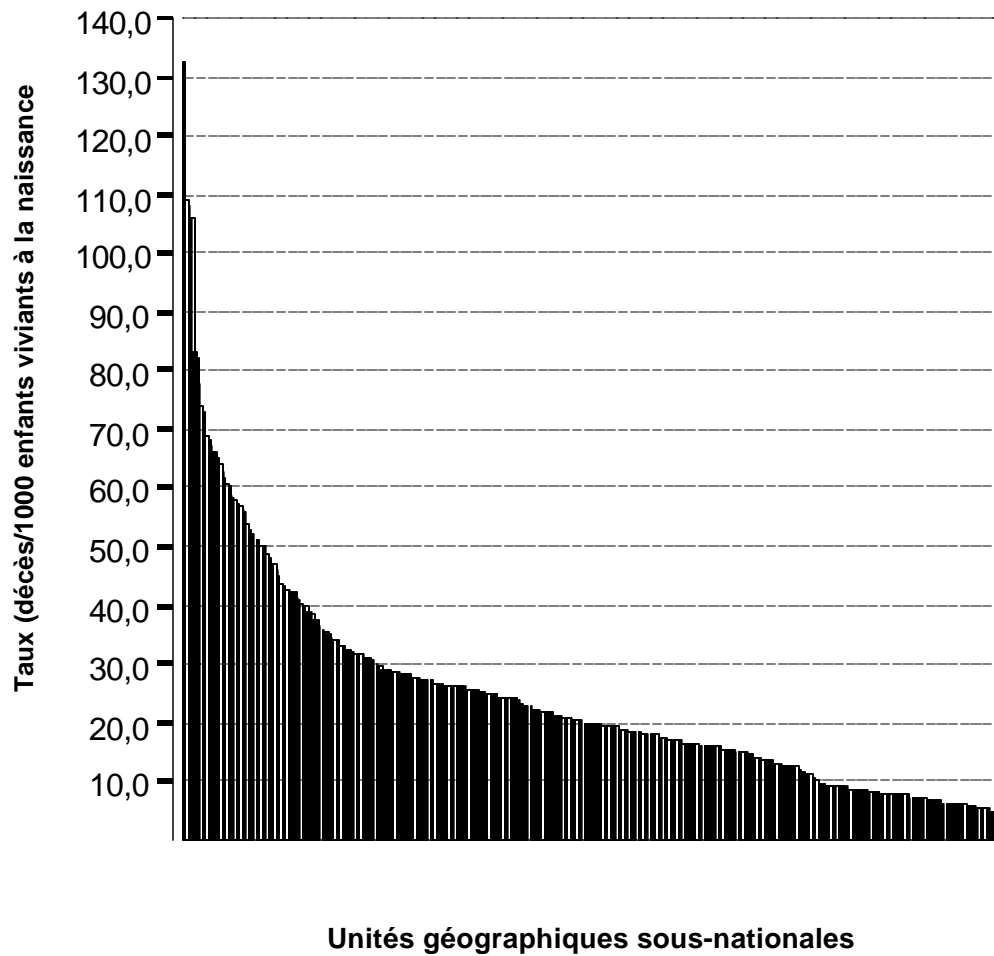
-  Maladies transmissibles et troubles de la maternité et périnatales
-  Maladies non transmissibles
-  Causes extérieures de traumatisme et d'intoxication

Figure 8:

Taux de mortalité infantile dans 18 pays des Amériques, 1995-1998.

Schéma de distribution de 363 unités géographiques sous-nationales.



Les pays suivants y sont compris : Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Costa Rica, Cuba, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela.