



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CE134/16 (Fr.)

7 mai 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 collectées 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 dans la *conduite et planification stratégique*, 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, nécessaires pour axer 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 Comité exécutif rend compte des résultats et de l'impact de l'IRDSB conformément à son but et ses objectifs prévus dix ans après son lancement. Des recommandations sont proposées en vue de la consolidation et de l'extension de l'IRDSB aux milieux nationaux et locaux. Le comité exécutif 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.....	3
Antécédents.....	3
Résultats de l'implantation de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB)	5
Conduite et planification stratégique	5
Coopération technique	8
Mobilisation et usage des ressources	9
Résultats de l'implantation de l'IRDSB dans les pays	9
Produits spécifiques de l'Initiative régionale de données sanitaires de base.....	10
Fiche régionale « Situation sanitaire dans les Amériques : Indicateurs de base.....	10
Système d'information sanitaire : Base de données et processus de collecte.....	11
Glossaire et notes techniques par indicateur	12
Atlas des indicateurs de base	12
Profils de santé des pays	13
Système d'information de l'IRDSB placé sur le Web	13
Produits spécifiques de l'IRDSB dans les pays	14
Fiches et systèmes d'information nationaux et sous-régionaux	14
Profils sous-nationaux de santé et guides méthodologiques.....	15
Perspectives et enjeux.....	15
Mesures à prendre par le Comité exécutif	17
Annexes	
Annexe A. Les objectifs de Développement pour le Millénaire et l'Initiative régionale des données sanitaires de base	
Annexe B. Enquête sur les données sanitaires de base	
Annexe C. Accès à l'information de l'IRDSB par la Région des Amériques et les sous-régions, 1995-2003	

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 suivre la réalisation des objectifs de santé et l'accomplissement 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 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 la 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. Cette résolution constitue le mandat de l'institutionnalisation de l'IRDSB, suite aux diverses résolutions émanant des Organes directeurs qui sont inscrites dans la mémoire institutionnelle de l'OPS depuis 1911³.

2. L'objectif du présent document est d'informer le Comité exécutif 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 SPP 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, 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

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/ftcd_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.

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

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 que l'implantation et la consolidation de ce processus réduisent le nombre de consultations effectuées dans les pays sur l'information en santé et facilitent 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 Aire 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 l'implantation du plan d'action régional, incluant le contenu des indicateurs, leur définition et leurs sources, ainsi que l'établissement des mécanismes de collecte et de validation, et l'analyse et le suivi de l'implantation de l'ensemble du processus. De même, des visites ont été rendues à toutes les Représentations dans un but de consultation et de diffusion 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 l'effort régional visant à 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 les *objectifs* suivants ⁶ :

- a) orienter la conduite des politiques et des stratégies;
- b) faciliter l'établissement des priorités d'action dans le secteur de la santé;
- c) 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;

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.

- d) assister 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) faciliter la mobilisation de ressources financières;
- f) orienter la définition des priorités de la recherche;
- g) divulguer périodiquement des rapports sur les tendances de la situation sanitaire dans chacun des pays et dans la Région, dans des 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 l'implantation 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 générer les 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 des niveaux plus locaux.

Conduite et planification stratégique

9. L'IRDSB a mis en évidence la possibilité de disposer d'une base d'information essentielle, normalisée, valable, cohérente, régulière et ponctuelle, qui est 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 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.

⁷ *ibid.*, référence 2.

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>.

10. L'utilisation de cet ensemble d'indicateurs par les autorités nationales et autres instances a fait prendre davantage conscience de la nécessité d'une information valable et cohérente pour orienter les 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. Cela est également mis en évidence dans la reconnaissance de la nécessité de renforcer les systèmes nationaux d'information systématiques et dans 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 apports indispensables dans les pays qui les ont implantées.

12. Un autre des aspects stratégiques de l'IRDSB a consisté à contribuer au suivi 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 réalisés 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 1). L'IRDSB contient actuellement

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 10 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 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, 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 : 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 divulguer 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 collecte des données¹³. À cet égard, l'IRDSB et la RIPSА représentent pour le HMN des exemples ou des modèles des leçons apprises, avec une expérience documentée des dix dernières années dans la Région, et qui ont évolué en couvrant les différentes étapes identifiées.

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

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

Coopération technique

14. L'une des valeurs fondamentales de l'OPS/OMS est la recherche de l'équité en 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. Dans les différentes phases du processus de préparation et de révision de ce document, il est apparu clairement que les pays qui participaient à l'initiative régionale et qui disposaient d'une initiative nationale pouvaient s'acquitter de leur tâche plus facilement, qu'ils faisaient montre d'une plus grande cohérence, et qu'ils obtenaient la documentation sur les inégalités en matière de santé. 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, avec la disponibilité des indicateurs de base désagrégés au niveau sous-national, il a été possible de démarrer le changement de paradigme dans l'analyse de l'information, l'usage exclusif de valeurs moyennes nationales dans les distributions, permettant en outre de montrer les inégalités en santé et ses schémas de distribution spatiale. La divulgation de méthodologies spécifiques pour faire connaître 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, les pays clés actuels pour la coopération de l'OPS/OMS -Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua- se trouvent dans le groupe où les dégâts à la santé sont les plus graves et qui est le moins favorisé en termes de ressources disponibles pour y répondre¹⁴. De plus, pour la définition d'aspects spécifiques de la coopération technique de l'OPS, 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 de l'hémisphère occidental 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 avec

¹⁴ *ibid.*, référence 6, page 22

des adaptations 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 axés sur l'égalité des sexes. A la fin de 1999, SEARO a identifié l'IRDSB comme étant une des lignes de collaboration qui pourrait se développer avec l'OPS. En 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 *tableur* 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.

Mobilisation et usage des ressources

19. Les organismes donateurs ont utilisé les indicateurs de base et les profils de pays pour identifier les zones 'dont les nécessités sont plus grandes et les pays prioritaires sur lesquels axer leurs investissements. 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.

20. La grande quantité de données et d'informations collectées, qui empêche l'utilisation rationnelle des ressources, constitue l'un des sérieux problèmes des pays au niveau de l'analyse de la situation sanitaire. 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 fait de disposer d'un ensemble de données et d'indicateurs de base normalisés et collectés sur une base annuelle a limité les dépenses en ressources et la duplication des efforts et des demandes d'information aux pays.

Résultats de l'implantation de l'IRDSB dans les pays

21. 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 (annexe 2). Des informations ont été recueillies auprès de 37 pays, dont les départements français.

22. Conformément aux résultats de l'enquête, on peut dire que :

- En ce qui concerne l'adoption de l'IRDSB, 30 États Membres possèdent 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 une fiche ou un triptyque 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.

23. Parmi les recommandations les plus fréquentes des pays pour 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 »

24. 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, cette fiche 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 cette fiche comprend des indicateurs positifs de la santé.

25. 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

26. 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 tableaux, développé par DD/AIS, auquel on peut parvenir par l'accès électronique en ligne sur le Web.¹⁶

27. L'entièreté de la base de données varie considérablement en 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. Certains domaines d'indicateurs ont éprouvé de plus grandes difficultés, en particulier parce que les systèmes d'information nationaux ne fonctionnent pas avec l'applicabilité et les perspectives possibles ou parce qu'ils 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

¹⁵ *ibid.*, référence 2.

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

1995-2003, la disponibilité moyenne des indicateurs est de 30,9% (48.417 valeurs disponibles), comme l'indique le tableau de l'Annexe 3. Cette situation montre que malgré l'engagement des 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 décidé de ne pas mettre à la disposition du public neuf indicateurs qui n'avaient pas reçu d'information nouvelle sur une période de plusieurs années.

Glossaire et notes techniques par indicateur

28. La compilation d'un glossaire et de notes techniques des indicateurs a commencé en 1995. Après plusieurs processus de révision, on est arrivé en 2003 à l'incorporation de définitions normalisées avec un glossaire contenant le total des indicateurs, qui inclut la description de l'indicateur, les notes techniques, le type et l'unité de mesure, les catégories et les sous-catégories. De plus, les définitions se voient complétées de 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

29. Il faut souligner que parmi les pays de la Région, le Brésil fait des progrès dans cette direction, avec la production du document « 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

30. 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 sur les pays dont la situation est plus défavorable. 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.

¹⁷ L'adresse URL de la page est la suivante :

<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/glossary.htm>

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

Profils de santé des pays

31. 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 conjoncturelles qu'il faut pouvoir connaître à des moments divers. 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.

32. 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

33. Depuis la création de l'IRDSB, il s'est posé le besoin de développer un système d'information à l'appui de l'initiative. Il a été décidé de donner priorité à l'accès aux données à travers le Web de façon interactive permettant aux utilisateurs d'obtenir l'information requise.

34. 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

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>

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 de la fiche.

Produits spécifiques de l'IRDSB dans les pays

Fiches et systèmes d'information nationaux et sous-régionaux

35. 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, 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.

36. 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 est le résultat des 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.

37. 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 né de l'effort du Bureau de terrain de la frontière du Mexique et des États-Unis de l'OPS 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.

38. 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

²¹ Ministère de la Santé du Brésil. DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos Brasil-2002*.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm>.

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

39. Certains pays de la Région, comme c'est le cas pour l'Argentine, le Brésil, le Chili, Costa Rica, Cuba, le Nicaragua et le Pérou, ont réalisé 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 l'effort accompli a permis de générer et de divulguer au secteur de santé du pays 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.

40. 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.

Perspectives et enjeux

41. L'IRDSB constitue une activité de planification et d'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 pour toute la population dans le secteur de la santé. L'expérience acquise par l'OPS/OMS dans l'IRDSB, tant au niveau du Secrétariat qu'à celui des pays, permet 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.

42. 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 de mesure 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

²² Duarte EC, Schneider MC, Souza RP, et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil. Um estudo exploratório*. Fundação Nacional de Saúde. CENEPI, OPAS/SHA, Brasilia, 2002.

seront nécessaires pour appuyer ces processus, en identifiant également les ressources d'expertise technique disponible dans les pays.

43. Il est recommandé de promouvoir et d'entreprendre des efforts supplémentaires en matière de collecte de données et d'information désagrégée au niveau des 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.

44. Il faudrait appuyer et renforcer le développement des systèmes d'information en santé des pays, et il faudrait également améliorer le flux de l'information entre les pays et l'OPS/OMS, à l'aide de leur promotion et de sa diffusion dans les ministères de la santé et autres secteurs apparentés 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 l'usage 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.

45. Pour faire progresser le développement et l'implantation des processus nationaux de données de base, il est recommandé d'introduire des mécanismes et des instruments dans les pays, qui visent à obtenir un consensus et une participation plus importants de la part des institutions responsables de la production et de la collecte des multiples données, indicateurs et informations en santé, dans le but de faciliter les processus de validation, harmonisation et diffusion des données de base nationales. Parmi les mécanismes suggérés, on peut citer l'intégration d'une commission générale de coordination de la conduite politique et administrative; un groupe de travail inter-agences pour la coordination technique; des comités techniques multidisciplinaires pour l'analyse méthodologique et opérationnelle; des comités de gestion des indicateurs pour la production et la coordination, et un secrétariat technique chargé de la définition des processus, des propositions et du suivi. Comme instruments, il est suggéré de disposer d'une matrice d'indicateurs et de notes techniques; d'une planification opérationnelle de produits; et d'une base de données d'indicateurs communs et de systèmes d'information interopérationnels.

46. Afin de renforcer la santé publique internationale en fonction de résultats qui affichent l'équité, la qualité et l'efficacité, il est recommandé de renforcer la coordination avec les institutions officielles, comme les bureaux et les instituts nationaux de

statistique, la société civile, les banques internationales, les organisations internationales et les réseaux tels que le réseau de mesure de la santé.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

47. Le présent rapport est présenté au Comité exécutif 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

Annex A. MDG and Core Health Data Initiative. PAHO*

MDG GOAL	MDG TARGET	MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS (MDG) INDICATORS	CURRENTLY AVAILABLE AT PAHO	APPROXIMATE AVAILABLE AT PAHO	COULD BE AVAILABLE AT PAHO	WOULD REQUIRE SPECIAL EFFORT	ALTERNATIVE SOURCE
1	2	4. Prevalence of underweight children (under 5 years of age)	x (D.2.0.9)				
		5. Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption		x(B.1.0.0)			FAO
3	4	9. Ratio of girls to boys in primary, secondary and tertiary education					UNESCO, WB
		10. Ratio of literate females to males of 15-24 years old					UNESCO, WB
4	5	13. Under-5 mortality rate	x (C.4.0.9)				
		14. Infant Mortality rate	x (C.1.10.1 and C.2.0.1)				
		15. Proportion of 1 year old children immunized against measles	x(E.7.0.1)				
5	6	16. Maternal mortality ratio	x(C.5.2.0)				
		17. Proportion of births attended by skilled health personnel	x(E.13.2.0)				
6	7	18. HIV prevalence among 15-24 year old pregnant women			x		
		19. Contraceptive prevalence rate	x(E.10.2.0)				
		20. Number of children orphaned by HIV/AIDS				x	
	8	21. Prevalence and death rates associated with malaria	x(D.17.0.0)	x(D.17.0.0)	x(deaths)		
		22. Proportion of population in malaria risk areas using effective malaria prevention and treatment measures	x(not in CD)		x		
		23. Prevalence and death rates associated with tuberculosis	x(D.19.0.0 and C.16.0.0)				
		24. Proportion of TB cases detected and cured under DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)			x		
7	10	29. Proportion of population with sustainable access to improved water source	x(E.1.0.0)				
	11	30. Proportion of people with access to improved sanitation	x(E.2.0.0)				
8	13	35. Proportion of ODA to basic social services (basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation)			x	x	
	17	46. Proportion of population with access to affordable essential drugs on sustainable basis			x	x	

* Annexe en version anglaise.



Pan American Health Organization

Regional Office of the
World Health Organization

CORE HEALTH DATA SURVEY – TEN YEARS INTO THE REGIONAL CORE HEALTH DATA INITIATIVE*

HEALTH ANALYSIS AND INFORMATION SYSTEMS AREA (AIS)

For the purpose of evaluating the 10 years of the Regional Core Health Data Initiative in the Region of the Americas, we are asking AIS Focal Points to send us an update on their experiences with the implementation of the Regional Core Health Data Initiative, and on the use of the data in the country, the periodicity of its updating, and PAHO's participation in development, through a brief questionnaire. The questionnaire used to obtain the information will be similar to one used in 2002, with some modifications.

The questionnaire should be completed by the AIS Focal Points in the countries and sent by e-mail or fax to Dr. J. Canela-Soler, canelaja@paho.org. The deadline for returning the completed questionnaire is Friday, 9 January 2004.

Thank you for your valuable participation.

Sincerely,

Dr. Carlos Castillo-Salgado

Health Analysis and Information Systems Area

* Annexe en version anglaise.



Pan American Health Organization

Regional Office of the
World Health Organization

CORE HEALTH DATA SURVEY – TEN YEARS INTO THE REGIONAL CORE HEALTH DATA INITIATIVE

HEALTH ANALYSIS AND INFORMATION SYSTEMS AREA (AIS)

1. Does your country have a National Core Health Data Initiative?
 YES NO

If you answered “no,” skip to question 11.

2. Is the Ministry of Health involved in the construction or updating of the core data of the regional Initiative?
 YES NO

If yes, the Ministry of Health participates

- fully - in data collection, processing, product development.
 partially – in data collection and processing; PAHO develops the products.
 supervision – supervises and approves; PAHO collects the data, processes it, and develops the products.

3. Which Core Health Data products are periodically updated and distributed?

- Pamphlet, brochure, or other similar print matter
 Compact disk (CD) or other electronic format
 Websites
 Information systems (web-based table generator)
 Other, specify

4. For what years are one or more products with core data available?

_____ 1995	_____ 1998	_____ 2001
_____ 1996	_____ 1999	_____ 2002
_____ 1997	_____ 2000	_____ 2003

5. Indicate the use of the core data in

_____ measuring inequities
_____ identifying needs
_____ setting priorities
_____ evaluating programs
_____ Other, specify: _____

- Please furnish copies of documents produced with the national basic indicators referred to in this point.

6. In percentage terms, indicate the consistency between the definitions for the indicators in the most recent publication of national core data and those in the glossary of the Regional Core Health Data Initiative:

_____ %

7. Is there coordination between the efforts to monitor fulfillment of the Millennium Development Goals and those of the Regional Core Health Data Initiative?

_____ YES _____ NO

8. Please indicate the two most significant difficulties with respect to: a) the implementation, and/or b) sustainability of the Regional Core Health Data Initiative at the country level:

9. Suggestions for new indicators to be used in the Regional Core Health Data Initiative:

10. Suggestions and recommendations for improving processes connected with the Regional Initiative and the use of basic indicators in health analysis:

11. Only if the answer to question 1 was NO:
How can the Regional Core Health Data Initiative be developed and implemented in your country?

Thank you for your participation.

<p>Country:</p> <p>Name:</p> <p>E-mail:</p> <p>Date:</p>

Annex C: Availability of Information from the RCHDI for the Region of the Americas and the Subregions, 1995-2003*

Subregion	No. Countries	All indicators (363) (no. for the period=3267)			Demographic (38) (n=342)	Socioeconomic (18) (n=162)	Mortality (235) (n=2115)	Morbidity (38) (n=342)	Resources, Access, and Coverage (34) (n=306)
		%	Total observed	Total expected	%	%	%	%	%
North America	3	31.8	3116	9801	92.8	36.0	22.4	30.0	28.1
Latin America	22	40.2	28923	71874	99.7	59.7	29.6	37.5	39.8
<i>Central American Isthmus</i>	7	38.3	8770	22869	99.7	61.9	26.4	38.4	39.6
<i>Latin Caribbean</i>	4	38.5	5032	13068	99.7	48.8	29.2	32.8	35.0
<i>Andean Region</i>	5	40.4	6596	16335	99.7	62.8	28.7	41.1	42.4
<i>Southern Cone</i>	4	43.2	5643	13068	99.7	60.5	34.3	35.8	40.3
Non-Latin Caribbean	23	21.8	16378	75141	83.1	23.9	11.0	25.0	22.9
Americas	48	30.9	48417	156816	91.3	41.1	20.3	31.0	31.0

The subregions are defined as follows:

- North America: Bermuda, Canada, and the United States of America
- Latin America: the Andean Region, Brazil, the Central American Isthmus, the Latin Caribbean, Mexico, and the Southern Cone.
- Central American Isthmus: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, and Panama.
- Latin Caribbean: Cuba, Dominican Republic, Haiti, and Puerto Rico.
- Andean Region: Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru, and Venezuela.
- Southern Cone: Argentina, Chile, Paraguay, and Uruguay.
- Non-Latin Caribbean: Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Cayman Islands, Turks and Caicos Islands, Virgin Islands (UK), Virgin Islands (USA), Dominica, French Guiana, Grenada, Guadeloupe, Guyana, Jamaica, Martinique, Montserrat, Netherlands Antilles, St. Kitts and Nevis, St. Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago.

- - -

* Annexe en version anglaise.