



Renforcer les systèmes d'information sanitaire

Résumé d'orientation

1. L'accès en temps opportun à une information sanitaire fiable est essentiel à l'élaboration de politiques, à une bonne gestion sanitaire, à une prise de décision fondée sur des bases factuelles, à la rationalisation de l'allocation des ressources ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. Alors que la demande d'information sanitaire augmente eu égard à la quantité et à la qualité, ainsi qu'aux niveaux de ventilation des données, de nombreuses lacunes majeures subsistent dans les États Membres.
2. Le Bureau régional collabore activement depuis deux ans avec les États Membres en vue d'examiner les systèmes d'information sanitaire par le biais de consultations d'experts, de réunions interpays et d'évaluations rapides et complètes menées dans la plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale. À l'heure actuelle, aucun pays de la Région n'est en mesure de rendre compte de manière détaillée de l'ensemble des indicateurs sanitaires de base recommandés par l'OMS. Dans la plupart des pays, les déterminants de la santé et les risques sanitaires ne font pas l'objet d'un suivi régulier, la mortalité par cause spécifique est notifiée de façon incomplète et incorrecte ; quant à la couverture des interventions et à la performance des systèmes de santé, elles ne sont pas évaluées comme il convient.
3. Afin d'aider les États Membres à renforcer les systèmes d'information sanitaire, le Bureau régional pilote deux initiatives parallèles et interdépendantes. La première est axée sur l'amélioration de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, en mettant particulièrement l'accent sur le renforcement des statistiques de mortalité par cause spécifique. À cette fin, le Comité régional a adopté en octobre 2013 une stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. Le défi consiste désormais pour chaque pays de la Région à mobiliser un engagement politique de haut niveau et à encourager les secteurs concernés à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'action national fondé sur les orientations de la stratégie régionale.
4. La seconde initiative vise à parvenir à un consensus quant aux principaux éléments ou composantes d'un système d'information sanitaire national et à définir pour chaque composante les aspects qui doivent faire l'objet d'un suivi. Par le biais d'une série de consultations avec les États Membres, trois volets essentiels du système d'information sanitaire ont été définis, à savoir : 1) le suivi des déterminants de la santé et des risques sanitaires ; 2) l'évaluation de la situation sanitaire, notamment la morbidité et la mortalité par cause spécifique ; et 3) l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Cette initiative a comporté par la suite, en 2013 et en 2014, une coopération active avec les pays ainsi que d'autres parties prenantes en vue d'élaborer une liste d'indicateurs de base pour chacun des trois domaines définis, dans le cadre d'un plan régional pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux. Afin de faciliter la collecte, l'analyse et la notification de données normalisées, un registre détaillé des métadonnées sur les indicateurs (appelé désormais Registre des indicateurs pour la Région de la Méditerranée orientale) a été créé, et il est fondé sur le registre d'indicateurs et de métadonnées de l'OMS, afin de prendre en compte le contexte régional.
5. Le Comité régional est invité à examiner les approches recommandées pour renforcer les systèmes d'information sanitaire de la Région, notamment l'approbation du projet de liste d'indicateurs de base.

Introduction

6. L'accès en temps opportun à une information sanitaire fiable est essentiel à l'élaboration de politiques, à une bonne gestion sanitaire, à une prise de décision fondée sur des bases factuelles, à la rationalisation de l'allocation des ressources ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. Des évaluations régulières de la situation sanitaire, des tendances et de la performance des systèmes de santé font partie intégrante de l'action de chaque État Membre pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

7. Alors que la demande d'informations sanitaires augmente eu égard à la quantité et à la qualité, ainsi qu'aux niveaux de ventilation des données, de nombreuses lacunes majeures subsistent dans les États Membres. La fourniture de ces informations par le biais de systèmes d'information sanitaire nationaux demeure généralement insuffisante. Le suivi des facteurs de risque et des déterminants, des causes de décès, l'incidence et la prévalence des maladies, ainsi que la couverture des interventions sanitaires représentent d'importantes priorités que de nombreux pays ne sont pas à même de mettre en œuvre.

8. Le Bureau régional a collaboré activement avec les États Membres au cours des deux dernières années en vue d'examiner les systèmes d'information sanitaire par le biais de consultations d'experts, de réunions interpays et d'évaluations rapides et complètes menées dans la plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale. Ce processus a permis de dégager un consensus sur la nécessité pour les systèmes d'information sanitaire nationaux de concentrer leurs efforts sur trois composantes essentielles : 1) le suivi des risques sanitaires et des déterminants de la santé ; 2) la surveillance de la situation sanitaire et notamment de la morbidité et des principales causes de décès ; et 3) l'évaluation de la performance des systèmes de santé, y compris des interventions sanitaires essentielles. Comme indiqué plus loin dans le présent rapport, un projet de liste d'indicateurs de base a été élaboré pour chacune de ces trois composantes essentielles.

9. Le résultat des évaluations menées dans les États Membres confirme les insuffisances et les obstacles majeurs qui entravent le suivi et la notification des indicateurs de base pour les trois composantes. Ces insuffisances ont déjà été mises en évidence dans le rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2012. Elles ont trait notamment à la fragmentation des systèmes d'information sanitaire, à l'insuffisance des capacités techniques adéquates, à la mauvaise qualité de la collecte et de l'analyse des données, au nombre important de doublons et enfin à l'utilisation inefficace des données disponibles. À l'heure actuelle, aucun pays de la Région n'est en mesure de rendre compte de manière exhaustive de la totalité des indicateurs sanitaires de base recommandés par l'OMS. En effet, dans la plupart des pays, les déterminants de la santé et les risques sanitaires ne font pas l'objet d'un suivi régulier, la mortalité par cause spécifique n'est pas notifiée de manière exhaustive et exacte, et enfin la couverture des interventions et la performance des systèmes de santé ne sont pas évaluées correctement. Les lacunes et les contraintes seront décrites de manière plus détaillée dans la section suivante.

10. Dans la présentation de son rapport lors de la cinquante-neuvième session du Comité Régional de la Méditerranée orientale en octobre 2012, le Directeur régional a mentionné le renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux comme l'une des grandes priorités pour le renforcement des systèmes de santé et la réalisation de la couverture sanitaire universelle. La résolution EM/RC59/R.3 invite instamment les États Membres à renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux en améliorant la notification des naissances et des décès par un meilleur suivi de l'exposition aux facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé, de la morbidité, de la mortalité par cause spécifique et de la performance des systèmes de santé, et en institutionnalisant les enquêtes de population. Cette question a été examinée ultérieurement lors de la soixantième session du Comité régional qui a adopté une résolution (EM/RC60/R.8) demandant aux États Membres d'élaborer ou de renforcer des plans nationaux afin d'améliorer les systèmes d'information sanitaire nationaux.

Analyse de la situation

11. Deux questionnaires auto-administrés ont été transmis aux points focaux nationaux pour l'information sanitaire dans les États Membres afin de procéder à une évaluation rapide des composantes et du fonctionnement des systèmes d'information sanitaire nationaux et de mesurer les capacités en matière de notification des indicateurs de base relatifs à l'information sanitaire. Ces questionnaires étaient suivis d'entretiens téléphoniques et étaient appuyés par des examens complets des systèmes d'information sanitaire nationaux réalisés antérieurement dans certains pays par le Bureau régional et le Réseau de métrologie sanitaire.

12. Dans les différents ministères, les composantes des systèmes d'information sanitaire nationaux ainsi que des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ont généralement tendance à être isolées ; les données sur les naissances et les décès étant collectées par le ministère de la santé tandis que l'enregistrement des faits d'état civil est effectué par les ministères de la justice ou de l'intérieur ainsi que par les bureaux nationaux de statistiques. De leur côté, les systèmes d'information sanitaire nationaux et les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil sont fragmentés, et l'absence de partage de données entre ces deux systèmes aggrave le problème. Les données relatives aux ressources humaines et financières ainsi qu'aux infrastructures ne sont habituellement pas intégrées aux systèmes d'information sanitaire nationaux, empêchant ainsi la production d'indicateurs intersectoriels.

13. L'analyse de la situation en ce qui concerne la capacité des pays à rendre compte du projet de liste d'indicateurs de base a montré que, sur la totalité des indicateurs de base, certains pays notifient au moins 15 % des indicateurs et cette proportion atteint près de 90 % pour quelques pays uniquement. En outre, les indicateurs collectés ne sont pas tous notifiés. Cet écart atteint les 50 % dans certains pays. Il s'ensuit un important décalage entre la capacité à collecter les données et les moyens nécessaires pour rendre compte des indicateurs.

14. La principale lacune concernant la notification des indicateurs sur les déterminants de la santé et les risques sanitaires a trait aux facteurs de risque comportementaux et aux marqueurs biologiques, données qui sont produites principalement à partir des enquêtes sur les examens de santé. Les indicateurs de l'état de santé, notamment la mortalité par cause spécifique et certaines maladies transmissibles et non transmissibles telles que les cancers, sont collectés et notifiés de manière incomplète, et les données rapportées sont fréquemment de qualité insuffisante. Quant à la mortalité par cause spécifique, entre 2008 et 2012, seuls 11 pays ont notifié à l'OMS des statistiques annuelles à ce sujet, avec cependant des lacunes. Actuellement, seuls cinq de ces pays ont notifié à l'OMS les statistiques sur la mortalité pour l'année 2012. L'ensemble de ces pays, à l'exception d'un seul, disposent de systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil qui fonctionnent de manière satisfaisante. La couverture efficace des interventions pour les maladies non transmissibles et la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile n'est pas systématiquement communiquée, à l'exception des quelques pays qui ont réalisé des enquêtes démographiques et sanitaires, des enquêtes par grappes à indicateurs multiples, ou des enquêtes STEPwise (par étapes), et ont participé à des enquêtes sur la santé dans le monde.

15. Les sources de données pour les indicateurs comprennent notamment les enquêtes de population, les recensements, les systèmes habituels dans les établissements de santé et l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil. Alors que les sources de données indiquées pour la majorité des indicateurs sont les systèmes des établissements de soins, ce n'est pas le cas dans la pratique, principalement parce que les données des établissements de santé sont souvent peu élaborées, incomplètes et de mauvaise qualité. La qualité des enquêtes peut être mise en doute dans plusieurs cas, les difficultés étant liées aux disparités existantes en matière de protocoles, de normalisation et de représentativité de l'échantillonnage. Même si les enquêtes auprès des ménages de

petite et grande taille sont largement répandues, elles ne sont pas toujours institutionnalisées ou réalisées régulièrement. De plus, les enquêtes d'évaluation des établissements de santé sont peu nombreuses et centrées essentiellement sur l'évaluation dans les situations d'urgence ou au lendemain des conflits.

16. La plupart des indicateurs sont notifiés à l'échelle nationale mais au niveau infranational, la notification demeure limitée. La fréquence de la notification varie considérablement, elle peut être aussi bien trimestrielle que quinquennale, ce qui peut influencer sur la comparabilité et le suivi des résultats. L'insuffisance de la notification de données émanant du secteur privé représente un défi potentiel car certains des indicateurs de base sont plus répandus dans les milieux qui sont plus susceptibles d'être desservis par le secteur privé. Cette situation peut nuire à l'exhaustivité et à la qualité des rapports sur les indicateurs.

17. En raison de la diversité et de l'hétérogénéité des pays de la Région, on peut diviser les pays en trois catégories selon les résultats en matière de santé, les performances des systèmes de santé et des interventions et le niveau des dépenses de santé¹.

18. **Groupe 1.** Des plans nationaux relatifs aux systèmes d'information sanitaire sont en place dans l'ensemble des pays, mais certains de ces plans ont une portée limitée, notamment en ce qui concerne la collecte et l'analyse des données ainsi que le renforcement des capacités. Tous ces pays ont des centres ou des services d'information sanitaire nationaux avec au moins cinq personnels techniques ayant en moyenne plus de trois ans d'expérience. L'information provenant du secteur privé n'est pas intégrée au système d'information sanitaire national. Les systèmes d'information sanitaire nationaux sont informatisés dans tous les pays, à tous les niveaux, à des degrés variables de fonctionnalité et d'intégration. La plupart de ces pays ont défini un ensemble d'indicateurs nationaux qui doivent faire l'objet d'une notification. Tous les pays du Groupe 1 collectent des données sur la mortalité par cause spécifique en recourant à la Classification internationale des maladies (CIM) ; cependant, la qualité et l'exhaustivité des données fournies varient. En raison du taux élevé d'immigration et d'émigration dans ce groupe, les données sur la population par âge, sexe et nationalité ne sont pas régulièrement mises à jour. Dans tous les pays, des évaluations de la qualité des données de base sont habituellement réalisées et des commentaires sont fournis ; cependant, ils ne s'appuient pas sur des outils et des procédures normalisés. Des rapports statistiques annuels sont publiés régulièrement en version imprimée, numérique et en ligne. L'utilisation du Web pour la diffusion s'est sensiblement améliorée ces dernières années.

19. Le taux de notification des indicateurs sur les déterminants de la santé et les risques sanitaires varie, passant de 25 % à 90 % ; néanmoins l'exactitude et l'exhaustivité sont des questions cruciales, de même que la fréquence de la notification. En ce qui concerne les indicateurs de l'état de santé, tous les pays, à l'exception d'un, rendent compte de la plupart des indicateurs, mais les données sur la mortalité par cause spécifique ne sont de qualité satisfaisante que dans un seul pays. Quant aux indicateurs des interventions des systèmes de santé, la notification varie de 10 % des indicateurs dans un seul pays à environ 80 % dans les autres pays. Ainsi, pour l'ensemble des indicateurs, les taux de notification se situent entre 25 % et 80 %. « Les dépenses de santé catastrophiques » et « les populations qui s'appauvrissent » sont les indicateurs les moins notifiés.

¹ Groupe 1 : Il s'agit des pays qui ont beaucoup progressé en matière de développement socio-économique ces dernières décennies, aidés en cela par un revenu élevé. L'Arabie saoudite, le Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Koweït, Oman et le Qatar appartiennent à cette catégorie. Groupe 2 : Cette catégorie de pays regroupe les pays à revenu intermédiaire. Ces pays ont développé des infrastructures pour la prestation de services de santé publique mais sont confrontés à des contraintes en matière de ressources. Cette catégorie regroupe les pays suivants : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé et Tunisie. Groupe 3 : Cette catégorie regroupe les pays à faible revenu. Ces pays rencontrent des obstacles majeurs dans l'amélioration des résultats sanitaires pour la population du fait du manque de ressources pour la santé, de l'instabilité politique et d'autres défis de développement complexes. L'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen font partie de cette catégorie.

20. **Groupe 2.** Tous ces pays, à l'exception d'un, disposent de centres d'information sanitaire nationaux et infranationaux. La majorité de ces pays ont des plans relatifs aux systèmes d'information sanitaire sous une forme ou une autre ; cependant, le recrutement est davantage basé sur des compétences dans le domaine des technologies de l'information que sur les qualifications en santé publique, épidémiologie ou biostatistique. La plupart des pays ont défini des indicateurs de base nationaux et axés sur des programmes spécifiques, dont le nombre varie de 52 à 152. À l'exception d'un pays, les données sur la mortalité par cause spécifique utilisant la codification selon la CIM sont incomplètes et la notification dans ce domaine est irrégulière. Les données sur les naissances et les décès sont elles aussi en général incomplètes. Des lacunes existent en ce qui concerne l'information sur les ressources humaines. La pratique de l'évaluation de la qualité des données est peu répandue, notamment en ce qui concerne le retour d'information. Tous les pays publient des rapports annuels sur les statistiques sanitaires mais seuls deux d'entre eux recourent au Web pour leur diffusion. Des enquêtes de population telles que les enquêtes démographiques et sanitaires et l'enquête par grappes à indicateurs multiples sont menées régulièrement dans certains pays, mais ce n'est pas le cas pour des enquêtes axées sur d'autres facteurs de risque et des programmes spécifiques.

21. En moyenne, 50 % à 60 % de l'ensemble des indicateurs de base sur les déterminants de la santé et les risques sanitaires sont notifiés par les pays du Groupe 2, contre environ 70 % des déterminants de l'état de santé et environ 50 % de la performance des systèmes de santé.

22. **Groupe 3.** Tous ces pays, à l'exception de deux, disposent de centres ou de services d'information sanitaire nationaux et quelques pays ont des plans nationaux pour les systèmes d'information sanitaire qui sont soit obsolètes, soit incomplets. Des disciplines aussi essentielles que la biostatistique, l'épidémiologie et les technologies de l'information sont inexistantes dans la plupart des pays. À l'échelle infranationale il n'existe pas de services d'information sanitaire, et on manque de personnel à la périphérie. La plupart des pays n'ont pas de système de notification systématique, notamment en ce qui concerne les données sur la mortalité par cause spécifique et la codification selon la CIM n'est pas systématiquement utilisée dans tous les pays. Une approche méthodique pour l'assurance de la qualité et l'analyse des données fait également défaut. Aucun pays n'a d'infrastructure adéquate pour les technologies de l'information et de la communication (TIC) mais la moitié d'entre eux ont un service chargé de l'analyse des données préliminaires à l'échelle nationale. Tous ces pays, à l'exception d'un, publient des rapports annuels sur les statistiques sanitaires avec un décalage de deux ou trois ans, alors que l'utilisation d'Internet ou du Web pour la diffusion des statistiques sanitaires est soit inexistante, soit inaccessible. Les enquêtes de population et celles des établissements de santé ne sont pas réalisées de façon régulière.

23. Environ la moitié des données relatives aux indicateurs sur les déterminants de la santé et les risques sanitaires est collectée et notifiée. En ce qui concerne les indicateurs de l'état de santé, seuls quelques-uns sont collectés et un grand nombre se fondent sur des estimations à l'échelle mondiale. La plupart des pays notifient moins de la moitié des indicateurs de performance pour les systèmes de santé. Le taux de notification global est faible, et parmi les indicateurs qui ne sont pas notifiés figurent notamment : « le manque d'activité physique », « l'hypertension artérielle », « l'hyperglycémie », « la mortalité par cause spécifique », « l'incidence des cancers » et « les dépenses de santé catastrophiques ». Différentes sources de données sont utilisées parmi lesquelles des enquêtes, des systèmes d'information sur la gestion sanitaire, des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ainsi que des données d'autres ministères, alors que tous les indicateurs des OMD sont estimés.

24. En résumé, en dépit du niveau de développement différent pour chaque pays et de la diversité des ressources humaines et financières au sein de ces trois groupes de pays, ils connaissent les mêmes difficultés et lacunes présentées ci-après, qui continueront à entraver le développement de systèmes d'information sanitaire robustes, si elles ne sont pas dûment prises en compte :

- Manque de consensus sur les principaux éléments des systèmes d'information sanitaire et sur les données considérées comme « fondamentales » qui doivent faire l'objet d'un suivi.
- Pénurie de ressources humaines qualifiées dans les domaines de l'épidémiologie, de la statistique et de la surveillance. Tous les pays sont confrontés à des obstacles importants qui entravent la collecte, l'analyse et la notification des indicateurs de base. Cette situation aboutit à un manque de données exactes pour des indicateurs de première importance et au recours à des estimations de nature à induire en erreur.
- Insuffisance de la coopération et de la coordination entre les parties prenantes à l'échelle nationale et fragmentation des systèmes d'information sanitaire et d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, au sein de chaque ministère et entre ministères.
- Concernant les déterminants de la santé et les risques sanitaires, on assiste à une irrégularité de la réalisation des enquêtes et de la notification, à un problème de représentativité de l'échantillonnage et de qualité de la collecte des données et à la fragmentation des sources de données.
- Notification insuffisante et souvent incomplète des données sur la mortalité par cause spécifique et faible utilisation de la CIM.
- Faible priorité accordée à la notification et capacités insuffisantes en matière de notification, de suivi et d'interprétation des indicateurs de performance des systèmes de santé.
- Notification insuffisante des indicateurs de base de la morbidité. Par exemple, des registres du cancer fiables basés sur la population, qui sont essentiels à la planification des services de lutte contre le cancer, sont insuffisamment développés ou inexistant dans la plupart des pays.
- Manque de données émanant du secteur privé dans les systèmes d'information sanitaire nationaux de presque tous les États Membres.
- Exploitation insuffisante des possibilités offertes par les TIC en matière de collecte, d'analyse et de diffusion de données.

Progrès en matière de renforcement des systèmes d'information sanitaire

25. Afin d'aider les États Membres à renforcer l'information sanitaire, à combler les lacunes, et à donner suite à la résolution EM/RC60/R.8, le Bureau régional pilote deux initiatives parallèles mais interdépendantes.

26. La première, qui a débuté immédiatement après la cinquante-neuvième session du Comité régional en 2012, est axée sur l'amélioration de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil en mettant l'accent en particulier sur le renforcement des statistiques sur la mortalité par cause spécifique. Initialement, une évaluation rapide de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil a été effectuée dans tous les pays de la Région. Cette première évaluation et une évaluation plus complète menée par la suite dans plusieurs pays ont permis de brosser un tableau précis des lacunes existantes et de l'insuffisance de moyens pour le suivi de la mortalité par cause spécifique, qui est une composante essentielle des systèmes d'information sanitaire. S'appuyant sur cette analyse de la situation, une stratégie régionale visant à renforcer l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil a été élaborée, en consultation avec les pays, d'autres parties prenantes régionales et des experts internationaux. Cette stratégie a été adoptée lors de la soixantième session du Comité régional en octobre 2013 dans le cadre de la résolution EM/RC60/R.7. L'objectif principal de cette stratégie est d'orienter et de soutenir l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil dans les pays de la Région entre 2014 et 2019. Le défi posé désormais à chaque pays de la Région est de mobiliser un engagement politique de haut niveau et d'engager les secteurs concernés pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national fondé sur les orientations de la stratégie

régionale en vue de combler les lacunes décelées lors des évaluations rapides et complètes. Dans les pays confrontés à des insuffisances majeures, le renforcement des statistiques sur la mortalité nécessitera de nombreuses années d'activités multisectorielles intenses, et il est crucial que ces pays envisagent des solutions alternatives en tant qu'objectifs à court et moyen terme, qui pourraient conduire à l'amélioration des données sur la mortalité hospitalière et à l'adoption des techniques de l'autopsie verbale. L'OMS concentrera ses efforts, dans le cadre de sa collaboration avec les pays pour la période 2014-2015, sur l'assistance aux pays en vue d'élaborer des plans d'action et de fournir des conseils techniques pour des solutions à court terme.

27. La seconde initiative vise à parvenir à un consensus sur les principaux éléments ou composantes d'un système d'information sanitaire national et à définir pour chaque composante les données devant faire l'objet d'un suivi. Par le biais d'une série de consultations avec les États Membres, un consensus s'est dégagé autour de trois composantes du système d'information sanitaire qui sont les suivantes : a) suivi des déterminants de la santé et des risques sanitaires; b) évaluation de la situation sanitaire et notamment de la morbidité et de la mortalité par cause spécifique ; et c) évaluation de la performance du système de santé. Cette initiative a englobé par la suite, en 2013 et 2014, une collaboration active avec les pays et d'autres parties prenantes en vue d'élaborer une liste d'indicateurs de base pour chacun des trois domaines, dans le cadre d'un plan régional pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux. La section suivante portera essentiellement sur le processus qui a été suivi dans le cadre de la mise en œuvre de cette initiative et sur la voie à suivre recommandée.

Accord sur une liste d'indicateurs de base pour les systèmes d'information sanitaire nationaux de la Région

28. En mai 2013, le Bureau régional a organisé une réunion des parties prenantes régionales sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire, qui a rassemblé pour la première fois des participants des ministères de la Santé, de l'Intérieur, de la Justice et des bureaux nationaux de statistiques, ainsi que de l'OMS, des institutions des Nations Unies ainsi que des experts régionaux et internationaux. Cette réunion avait plus particulièrement pour objectif de parvenir à un accord sur la conception et les composantes principales des systèmes d'information sanitaire, d'analyser et d'examiner les lacunes existantes dans les pays de la Région et d'élaborer des stratégies visant à renforcer les programmes d'information sanitaire, sur la base des données factuelles les plus récentes et des enseignements tirés. Tout au long de ce processus, le Bureau régional a sans cesse prôné le recours à une approche pratique, claire pour les responsables de l'élaboration de politiques, fondée sur des bases factuelles, dont la mise en œuvre est réalisable et qui réponde aux priorités de développement sanitaire de la Région.

29. Un projet de liste d'indicateurs s'inspirait initialement des expériences mondiales et régionales, et a fait l'objet de nombreux échanges entre les représentants des pays et les experts de l'OMS. Cette initiative comportait notamment une analyse approfondie de chaque indicateur proposé en termes de définition, d'outils et de méthodologies pour la production, l'analyse et la notification des données. En octobre 2013, le projet de liste a été présenté lors de la soixantième session du Comité régional, qui a adopté la résolution EM/RC60/R.8 demandant aux États Membres d'examiner la liste et de faire des suggestions d'indicateurs facultatifs supplémentaires (désormais appelée liste élargie d'indicateurs). S'appuyant sur les propositions soumises pendant et après cette session, un groupe spécial d'experts a été créé en vue d'examiner la version initiale de la liste et les métadonnées, d'identifier les obstacles et les lacunes, de donner des conseils pour établir la version définitive de la liste et de prendre les mesures recommandées pour relever les défis rencontrés par les pays, dans le cadre de l'adoption de la liste et du renforcement de leurs systèmes d'information. Les indicateurs et les métadonnées ont également fait l'objet de discussions lors de la récente réunion du Comité consultatif technique auprès du Directeur régional. Outre la liste de base, une liste élargie a également été élaborée en vue de fournir aux pays et aux programmes des indicateurs supplémentaires à utiliser le cas échéant.

30. Afin de faciliter la collecte, l'analyse et la notification des données normalisées, un registre détaillé des indicateurs sur les métadonnées (appelé désormais Registre des indicateurs pour la Région de la Méditerranée orientale) a également été créé, et il est fondé sur le registre d'indicateurs et de métadonnées de l'OMS, afin de prendre en compte le contexte régional. Ce registre comprend une descriptions pour chaque indicateur des caractéristiques suivantes : objectif, définition et termes connexes, principales sources de données, méthodes de mesure et d'estimation, type de données, fréquence attendue de la collecte et de la notification des données, niveau de ventilation et de stratification des données, et difficultés rencontrées dans la collecte, l'évaluation et la notification, etc., des données.

31. L'adoption et l'examen des métadonnées révèlent des défis et des lacunes majeures concernant des aspects essentiels des systèmes d'information sanitaire nationaux, à savoir les sources de données, les méthodes de mesure et la notification. Ces lacunes peuvent être comblées par les approches recommandées ci-après.

Orientations futures

32. Afin de relever les défis et de combler les lacunes identifiés lors des évaluations rapides et de l'examen de la situation actuelle concernant la notification des indicateurs de base proposés, les États Membres sont invités à examiner les approches suivantes :

- Approuver et institutionnaliser le projet de liste d'indicateurs de base et évaluer les capacités existantes en matière de production de données nécessaires à une notification exacte et complète sur chaque indicateur. En recourant au Registre des indicateurs pour la Région de la Méditerranée orientale, chaque État Membre devra identifier les domaines d'action pour combler les lacunes et améliorer la production, l'analyse, la notification et l'utilisation de données pour l'élaboration de politiques et la gestion de la santé.
- Identifier les insuffisances en matière de capacités dans les domaines d'expertise pertinents, tels que l'épidémiologie, la statistique, la surveillance et les technologies de l'information, et élaborer un plan d'investissement pour combler les lacunes. Ce plan devrait s'efforcer de répondre aux besoins de formation spécifique pour la collecte et la compilation de données, l'évaluation de la qualité, la validation et l'ajustement des données, leur analyse et leur examen, y compris l'estimation et la modélisation statistique.
- Se doter de mécanismes efficaces pour la coordination et la coopération entre les secteurs concernés, notamment les ministères de l'Intérieur et de la Planification ainsi que les centres nationaux de statistiques.
- Accroître l'engagement politique et instaurer des mesures concrètes pour renforcer l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil afin de renforcer l'exactitude et l'exhaustivité de la notification des causes de décès, en se fondant sur la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil pour la période 2014-2019. Le recours à l'autopsie verbale est recommandé en tant que mesure provisoire dans les contextes où le renforcement de l'enregistrement des décès nécessitera un plan à long terme.
- Mettre en place des systèmes intégrés par le biais de l'architecture d'une plateforme en ligne et de TIC.
- Remédier à la fragmentation de la production de données pour les indicateurs de base répartis dans différentes enquêtes en envisageant la création d'enquêtes sur les examens de santé viables et exhaustives menées périodiquement. Le Bureau régional a mis en route un projet pilote pour la mise en œuvre d'une enquête complète sur les examens de santé dans un des États Membres. Les résultats seront communiqués à d'autres pays dès qu'ils seront disponibles.

- Renforcer la régularité des informations sur les établissements de santé, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des données et les mécanismes de notification.
- Publier annuellement des indicateurs de base spécifiques aux pays en indiquant les niveaux de ventilation par région et les déterminants adéquats et veiller à ce que ces rapports soient périodiquement transmis aux responsables de l'élaboration de politiques et aux diverses parties prenantes afin d'aider à la prise de décision fondée sur des bases factuelles et au renforcement des systèmes de santé.