

Ces Tableaux résumés constituent les meilleures estimations de l'OMS - d'après les éléments disponibles en 2004 - plutôt que des estimations officielles des Etats Membres. Ces estimations ont été calculées en utilisant des catégories et des méthodes standards pour garantir leur comparabilité entre les pays. Elles ne sont donc pas toujours identiques aux estimations nationales officielles et ne sont pas nécessairement approuvées par les Etats Membres concernés.

Dans le cas des indicateurs dont la période de référence est exprimée sous forme d'intervalle, les chiffres concernent la dernière année disponible de cet intervalle, exception faite de l'indicateur *Inéquité en matière de santé*, pour lequel les chiffres s'appliquent à la période spécifiée. Pour certaines années, les définitions des indicateurs et les métadonnées, se référer à l'adresse : <http://www.who.int/whosis>.

... Données indisponibles ou inapplicables.

Les valeurs agrégées mondiales, régionales et par groupe de revenu des taux et des ratios sont des moyennes pondérées lorsqu'elles sont applicables, tandis que les chiffres absolus sont des sommes. Certains Etats Membres ne sont pas classés dans des groupes de revenu et ne sont donc pas pris en compte dans les calculs agrégés. On ne calcule de valeur agrégée que si l'on dispose de données pour 50 % au moins de la population du groupe.

Tableau 1 Mortalité et charge de morbidité

^a *Life tables for WHO Member States*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm).

^b Le calcul des estimations de l'espérance de vie en bonne santé (HALE) fait appel à des méthodes décrites dans l'Annexe statistique du *Rapport sur la Santé dans le Monde 2004 : Changer le cours de l'histoire*. Les estimations de 2007 ont été révisées de manière à prendre en compte les estimations de la charge de morbidité pour les Etats Membres sur l'année 2004 et peuvent ne pas être totalement comparables à celles de 2002, publiées dans les *Statistiques sanitaires internationales 2007*. Ces estimations ont été calculées en utilisant des catégories et des méthodes standards pour garantir leur comparabilité d'un pays à l'autre. Elles ne sont donc pas toujours identiques aux estimations nationales officielles et ne sont pas nécessairement approuvées par les Etats Membres concernés.

^c *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596145_eng.pdf).

Tableau 2 Mortalité par cause spécifique et morbidité

^a *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf). Les données agrégées par groupe de revenu ont été calculées à partir de la Liste des économies de la Banque mondiale 2005.

^b D'après le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2008, voir Annexe 2 : Estimations et données sur le VIH et le sida, 2007 et 2001 (http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008GlobalReport_fr.pdf). Ce document fournit des intervalles d'estimation.

^c *Rapport sur le paludisme dans le monde 2008* (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008>). Voir Annex 1 : Estimating the numbers of malaria cases and deaths by country in 2006.

^d Ces décès sont classés dans la catégorie Tuberculose (A15-A19, B90) selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

^e Ces décès sont classés dans la catégorie Maladie par VIH à l'origine de tuberculose (B20.0) selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992. Ils sont déjà décomptés parmi les décès dus au VIH/sida (B20-B24). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

^f *Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>).

^g Les taux sont standardisés selon l'âge d'après la population mondiale standard de l'OMS. Ahmad OB et al., Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (GPE Discussion Paper Series No. 31) (<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>).

- ^h LL, nombre d'années de vie perdues.
- ⁱ La somme des proportions individuelles peut ne pas atteindre 100 % du fait des arrondis.
- ^j Les maladies transmissibles incluent les causes maternelles, les pathologies se déclarant pendant la période périnatale et les carences nutritionnelles.
- ^k Les causes néonatales incluent les diarrhées survenant pendant la période néonatale. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005, 365 : 1147 – 1152; *Mortality profiles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/whosis/mort/profiles/en/>). Les causes néonatales désignent les causes intervenant pendant la période périnatale, qui est un sous-groupe des causes de décès pendant la période néonatale.
- ^l TB: tuberculose. Les données concernent toutes les formes de TB, y compris celles affectant des personnes atteintes d'une infection à VIH. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

Tableau 3 Maladies infectieuses sélectionnées

- ^a Choléra, 2007. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008, 31 : 269-284 (<http://www.who.int/wer>).
- ^b WHO/UNICEF estimates of disease incidence [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencedip.htm).
- ^c Cas confirmés notifiés au Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie de l'OMS.
- ^d Les cas sont confirmés par examen en laboratoire.
- ^e Le point sur la lèpre dans le monde début 2008. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008, 33 : 293-300 (<http://www.who.int/wer>).
- ^f *Rapport sur le paludisme dans le monde 2008* (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008/>).
- ^g Cas suspects de méningite notifiés au Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie de l'OMS.
- ^h Cas compilés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- ⁱ Nombre de nouveaux cas frottis positifs notifiés à l'OMS dans le cadre du DOTS. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

Tableau 4 Couverture par les services de santé

- ^a Base de données OMS des indicateurs de santé génésique, mise à jour en 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm).
- ^b Base de données mondiale de l'OMS sur les naissances assistées par du personnel qualifié, mise à jour en 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html).
- ^c Proportion de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal par l'immunisation de leur mère par l'anatoxine tétanique, d'après un modèle mathématique prenant en compte l'immunisation de la mère pendant la petite enfance, pendant la grossesse et dans le cadre de campagnes de vaccination antitétanique. Ce modèle est décrit dans Griffiths UK, Wolfson LJ, Quddus A, Younus M, Hafiz RA. Prévention du tétanos néonatal au Pakistan : augmentation de rentabilité des activités de vaccination supplémentaires. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82 : 643-651.
- ^d Vaccins antirougeoleux et à valence rougeole (MCV) ; DTP3, 3 doses de vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux ; HepB3, 3 doses de vaccin contre l'hépatite B, Hib3, doses de vaccin contre *Haemophilus influenzae* type B. Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html). Estimations reposant sur des données disponibles jusqu'en septembre 2008. Pour les pays recommandant d'administrer la première dose de vaccin antirougeoleux aux enfants de plus de 12 mois, l'indicateur est calculé comme la proportion d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu une dose de vaccin contenant une composante antirougeoleuse.
- ^e Données compilées par l'OMS à partir des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) (<http://www.measuredhs>, http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).
- ^f *Rapport sur le paludisme dans le monde* (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008>). Voir Annexe 6.

- ^e Les femmes ayant des besoins insatisfaits en matière de contraception sont les femmes mariées ou vivant en couple supposées fertiles, qui n'utilisent pas de contraception au moment de l'enquête et qui ont indiqué ne plus vouloir d'enfant ou vouloir différer la naissance suivante.
- ^h *World contraceptive use 2007* [affiche]. New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies, 2008.
- ⁱ PTME, prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Des estimations ponctuelles sont publiées uniquement pour les pays subissant une épidémie généralisée. Les valeurs agrégées par région et par niveau de revenu sont obtenues à partir des données disponibles pour l'ensemble des pays à revenu faible et moyen.
- ^j *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires dans le secteur de la santé: rapport de situation, 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2008. Des intervalles d'estimation sont disponibles dans ce document.
- ^k TB: tuberculose; DOTS: stratégie de lutte contre la tuberculose internationalement recommandée. Le taux de dépistage correspond au nombre de nouveaux cas frottis positifs notifiés à l'OMS dans le cadre du DOTS, divisé par le nombre estimé de nouveaux cas frottis positifs. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2008.393) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).
- ^l Le taux de succès thérapeutique correspond au pourcentage de nouveaux cas frottis positifs enregistrés pour recevoir un traitement DOTS qui sont parvenus à la guérison (avec confirmation en laboratoire) ou qui ont achevé leur traitement. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HTM/TB/2008.393) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).
- ^m Données préliminaires ou provisoires.
- ⁿ Estimation.
- ^o Comprend moins de 5 % de naissances pratiquées par des cadres médicaux autres que des médecins, des infirmières ou des sages-femmes.
- ^p Les données s'appliquent aux femmes en âge de procréer sexuellement actives.
- ^q Naissances en établissement de soins.
- ^r Comprend les naissances pratiquées par des cadres médicaux autres que des médecins, des infirmières ou des sages-femmes - plage de proportions non disponible.
- ^s Comprend plus de 15 % de naissances pratiquées par des cadres médicaux autres que des médecins, des infirmières ou des sages-femmes.
- ^t Comprend 5 à 15 % de naissances pratiquées par des cadres médicaux autres que des médecins, des infirmières ou des sages-femmes.
- ^u Besoins non satisfaits en matière de contraception signalés par des femmes désirant limiter le nombre de leurs grossesses.
- ^v Ces données s'appliquent aux hommes et aux femmes vivant en cohabitation et en âge de procréer.
- ^w 5 visites ou plus.
- ^x Besoins insatisfaits en matière de contraception modernes.
- ^y 3 visites ou plus.
- ^z Les données s'appliquent à toutes les femmes en âge de procréer.
- ^{aa} Sauf Irlande du Nord.
- ^{ab} Données provenant du secteur public uniquement.
- ^{ac} Y compris les femmes vivant en couple non cohabitant, mais ayant néanmoins un partenaire régulier.
- ^{ad} 6 visites ou plus.

Tableau 5 Facteurs de risque

- ^a *Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement* [base de données en ligne]. Genève, OMS, UNICEF, 2008 (<http://www.wssinfo.org/en/wecome.html>).
- ^b *UNICEF global database on low birthweight*. New York, UNICEF, 2008 (http://www.childinfo.org/low_birthweight_profiles.php).
- ^c *WHO global data bank on infant and young child feeding* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/nutrition/infantfeeding/en/index.html>).

- ^d *Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition chez l'enfant* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en>). Les estimations de la prévalence reposent sur les normes OMS.
- ^e Les comparaisons entre pays peuvent être limitées en raison de différences de caractéristiques entre les échantillons ou dans les années d'enquête. Source: *Base de données mondiale sur l'indice de masse corporelle (IMC)* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/bmi>).
- ^f *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>).
- ^g *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2008. Voir appendice III, Estimations de la prévalence standardisées selon l'âge pour les Etats Membres de l'OMS, Définition : consommation au moment de l'enquête d'une forme quelconque de tabac, et notamment de : cigarettes, cigares, pipe, bidis, etc. Pour calculer le nombre mondial de fumeurs, on utilise des estimations de la prévalence du tabagisme non standardisées selon l'âge.
- ^h *OMS/CDC: Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/results.htm>). Les données s'appliquent à la consommation de tabac, sous quelle que forme que ce soit, au cours des 30 derniers jours.
- ⁱ Pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle. Les données proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et excluent les données rapportées par les pays. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Voir Annexe 2 : Indicateurs de progrès par pays.
- ^j Pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans qui à la fois identifient correctement les moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses sur la transmission de ce virus. Les données proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et excluent les données rapportées par les pays. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève, Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2008. Voir Annexe 2 : Indicateurs de progrès par pays.
- ^k Des enquêtes menées dans des villes ont été extrapolées pour obtenir les chiffres par pays figurant dans ce document.
- ^l Limite supérieure ≥ 65 .
- ^m Limite inférieure > 15 .
- ⁿ Ces données n'ont pas été validées par un point focal national à la date de publication de ce rapport.
- ^o Limite supérieure: 49.
- ^p Limite supérieure comprise entre 54 et 60.
- ^q Données autorapportées.
- ^r Limite supérieure: 64.

Tableau 6 Ressources des systèmes de santé, infrastructures, médicaments essentiels

- ^a *Atlas mondial de la main-d'œuvre de santé de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp). Se référer à cette source pour les dernières mises à jour, les statistiques désagrégées concernant la main d'œuvre de santé et les descripteurs de métadonnées.
- ^b En fonction de l'organisation du système de santé national et de la disponibilité des données, ce terme peut couvrir une gamme étendue de cadres prestataires de services de santé, tels que : pharmaciens, cadres de laboratoire, cadres de la santé publique ou environnementale, assistantes médicales, diététiciens et nutritionnistes, kinésithérapeutes, opérateurs d'équipements dans le domaine médical et la dentisterie, optométristes et opticiens, prestataires de soins personnels, psychologues, praticiens de médecine traditionnelle et autres.
- ^c Sources: *PAHO basic indicators 2008*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2008 (<http://www.paho.org/english/SHA/coredata/tabulator/new/Tabulator.htm>); Base de données européenne de la santé pour tous (HFA-DB). Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/hfadb>); *Country health information profiles (CHIPS)*. Manille, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2008 (<http://www.wpro.who.int/countries/countries.htm>); *Core health indicators and MDG*. New Delhi, OMS, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, 2008 (<http://203.90.70.117/esidas/CoreHealthData.asp>); données supplémentaires compilées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.

- ^d Source : Enquêtes sur les prix et la disponibilité des médicaments à l'aide des méthodes standard OMS/HAI, menées entre 2001 et 2007. Disponibles à l'adresse : <http://www.haiweb.org/medicineprices/>. Dans les différentes enquêtes, la disponibilité est indiquée comme le pourcentage de points de vente de médicaments dans lesquels on trouvait un médicament donné le jour du recueil des données. Les paniers de médicaments différant d'un pays à l'autre, les résultats ne sont pas exactement comparables entre les pays. Chaque enquête détermine la disponibilité médiane d'une liste spécifique de médicaments et ne tient pas compte des autres formes posologiques ou dosages de ces produits ou des autres options thérapeutiques. Les données provenant du secteur public peuvent être limitées car la liste de médicaments sur laquelle porte l'enquête ne correspond pas toujours à la liste nationale de médicaments essentiels (lorsqu'elle existe) et on peut s'attendre à ce que certains établissements du secteur public n'aient pas en stock tous les médicaments étudiés. Ce point a été pris en compte dans la version révisée de l'outil d'enquête, qui prévoit l'analyse des données du secteur public par état de la liste de médicaments essentiels et par niveau de soins.
- ^e Indice des prix à la consommation = rapport du prix unitaire local médian au prix de référence international MSH (Management Sciences for Health) d'une sélection de médicaments génériques. Source : enquêtes sur les prix et la disponibilité des médicaments à l'aide des méthodes standard OMS. HAI, menées entre 2001 et 2007. Disponibles à l'adresse : <http://www.haiweb.org/medicineprices/>. Les données ne sont pas ajustées pour tenir compte des différences entre les années de définition des prix de référence MSH, des fluctuations de taux de change, des taux d'inflation nationaux, des variations de parité de pouvoir d'achat, des niveaux de développement ou d'autres facteurs. Dans chaque enquête, on détermine la valeur médiane des indices de prix à la consommation pour le panier de médicaments étudiés et trouvés au moins dans quatre points de vente de médicaments. Ces paniers de médicaments variant d'un pays à l'autre, les résultats ne sont pas exactement comparables entre les pays. Cependant, des données concernant certains médicaments sont accessibles au public à l'adresse <http://www.haiweb.org/medicineprices/> et des comparaisons entre paniers appariés, couvrant un sous-ensemble de médicaments, peuvent être pratiquées.
- ^f Le terme lits d'hôpitaux désigne les lits d'hôpitaux et de maternité. Les lits de maternité sont pris en compte, mais pas les berceaux et les lits d'accouchement.
- ^g L'enquête n'a pas porté sur les points de vente de médicaments du secteur public.
- ^h D'après l'enquête sur les prix et la disponibilité des médicaments menée dans la province du Gauteng, en Afrique du Sud.
- ⁱ Les données s'appliquent à l'année précédant 2000.
- ^j S'applique au secteur public uniquement.
- ^k Ces données de disponibilité n'ont pas été prises en compte dans la mesure où elles ont été évaluées par des méthodes différentes des méthodes OMS/HAI actuelles.
- ^l Moyenne simple sur deux enquêtes des prix et de la disponibilité des médicaments dans les provinces de Shandong et Shanghai en Chine.
- ^m Les médicaments sont fournis gratuitement aux patients dans le secteur public.
- ⁿ Moyenne simple sur sept enquêtes des prix et de la disponibilité des médicaments en Inde (Chennai, Haryana, Karnataka, Maharashtra (12 districts), Maharashtra (4 régions), Rajasthan et Bengale occidentale).
- ^o Conformément aux modifications apportées à la méthodologie standard OMS/HAI pour mesurer les prix et la disponibilité des médicaments, c'est la disponibilité moyenne, en %, qui est rapportée.
- ^p Moyenne simple sur trois enquêtes des prix et de la disponibilité des médicaments au Soudan (Etats de Gadarif, Khartoum et Kordofan).

Tableau 7 Dépenses de santé

- ^a *Health expenditure series*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, février 2009 (les dernières mises à jour sont disponibles sur <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>). Les chiffres régionaux, par groupe de revenu et mondiaux sont calculés en termes de parité de pouvoir d'achat (PPA). Les ratios inférieurs à 0,05 % peuvent apparaître sous forme de zéros. Pour les indicateurs de dépenses par habitant, cette situation est indiquée par < 1. Pays dont l'exercice fiscal débute en juillet : les montants des dépenses ont été affectés à l'année calendaire suivante, par exemple à 2006 pour l'exercice fiscal 2005-2006.
- ^b Dans certains cas, la somme des ratios des dépenses publiques générales de santé et des dépenses privées de santé peut ne pas atteindre 100 % du fait des arrondis.
- ^c Une nouvelle série de parités de pouvoir d'achat (PPA), fournies par le Projet de comparaison internationale 2005 (ICP) et estimées par la Banque mondiale, a été utilisée.
- ^d Les estimations doivent être interprétées avec prudence en raison de la rareté des données à partir desquelles elles ont été établies.

- ^e Les ratios publiés dans ce rapport sont calculés à partir du PIB licite (c'est-à-dire n'intégrant pas l'économie de l'opium) et des dépenses publiques à l'exception des dépenses budgétaires externes de développement.
- ^f Les données manquantes concernant les dépenses de santé par habitant résultent de l'indisponibilité de la parité de pouvoir d'achat en \$ int.
- ^g Environ 30 % des dépenses dans les résidences pour personnes âgées sont destinées à la santé, mais il est difficile d'estimer ces dépenses de manière systématique, de sorte qu'elles ne sont pas prises en compte dans le poste Santé actuellement. Ces dépenses de santé représentaient environ \$ 2,1 milliards en 2005-2006, soit 0,2 % du PIB.
- ^h Des ajustements pour conversion monétaire ont été pratiqués sur l'ensemble de la série.
- ⁱ Les niveaux de dépenses de santé par habitant sont évalués à partir d'estimations préliminaires de la parité de pouvoir d'achat en \$ int.
- ^j Estimations actualisées à l'aide de données récemment obtenues à partir des comptes nationaux de la santé ou d'enquêtes, ou encore d'informations fournies lors d'une consultation nationale.
- ^k Les estimations des dépenses publiques générales de santé et des dépenses privées de santé pour l'année 2000 répondent aux concepts et aux définitions spécifiés par Eco-Santé OCDE et également appliqués par l'OMS/NHA. Les estimations de ces postes pour 2006 répondent aux concepts et aux définitions adoptés par le Questionnaire conjoint sur les comptes de santé de l'Eurostat, de l'OCDE et de l'OMS.
- ^l Pour la présentation des estimations 2000, se référer au site Internet WHO/NHA. Les estimations 2006 répondent aux concepts et aux définitions adoptés par le Questionnaire conjoint sur les comptes de santé de l'Eurostat, de l'OCDE et de l'OMS.
- ^m Un recensement récent dans le pays a fait apparaître des différences dans les données en population. Néanmoins, les niveaux par habitant indiqués dans ce tableau sont des estimations reposant sur les données de la Division de la Population des Nations Unies.
- ⁿ Les sources des données indiquées sont des comptes financiers et non des comptes satellites.
- ^o Les données relatives à l'exercice financier se terminant le 30 juin sont considérées comme s'appliquant à l'année suivante. Données en population révisées au moyen de la révision 2006 de la Division de la Population des Nations Unies.
- ^p Le taux de change est passé en 2002 d'un taux de change multiple à un taux de change flottant géré. Le taux de change interbancaire a été utilisé avant 2002.
- ^q Ces estimations ne comprennent pas les dépenses du Nord de l'Iraq.
- ^r Les dépenses publiques de santé incluent les apports de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) aux réfugiés palestiniens résidant dans les territoires jordaniens.
- ^s Depuis la déclaration d'indépendance du 3 juin 2006, la Serbie et le Monténégro sont des Etats séparés. Les dépenses de santé pendant les années antérieures ont été estimées séparément pour chacun de ces pays.
- ^t Le taux de change du marché est utilisé pour estimer les montants par habitant.
- ^u Le taux de change employé pour la République arabe syrienne est le taux régissant les transactions non commerciales de la Banque centrale de Syrie.
- ^v Les montants des dépenses de santé et les données en population postérieurs à 2000 n'incluent pas les chiffres relatifs à la Transnistrie.
- ^w Le taux de change est passé de 2,15 Won en 2001 à 152 Won en 2002. Cette escalade explique les variations brutales des montants par habitant entre 2000 et 2005.
- ^x Ces estimations n'incluent pas les dépenses des provinces du Kosovo et de Metohia, qui sont sous administration des Nations Unies.
- ^y Le PIB n'inclut pas les revenus du pétrole.
- ^z L'exercice fiscal s'est terminé en juin jusqu'en 2007. Le deuxième trimestre 2007 a servi de période de transition pour aligner l'exercice fiscal sur l'année calendaire. Les montants de dépenses ont été affectés à l'année calendaire précédente, par exemple les données affectées à 2005 concernent l'exercice fiscal 2005 – 2006 et font l'objet d'un ajustement pour 2007.

Tableau 8 Inéquités en matière de santé

- ^a Sources : sauf mention contraire, les données proviennent des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) depuis 1990. Les chiffres de DHS stratifiés par « lieu de résidence » et par « niveau d'éducation de la mère » ont été extraits à l'aide du logiciel STATcompiler ou tirés des rapports d'enquêtes DHS (<http://www.measuredhs.com/>, consulté le 1^{er} décembre 2008). Les chiffres stratifiés par « quintile de richesse » ont été tirés des rapports de DHS. En l'absence de tels rapports, le plus

souvent pour des enquêtes menées dans les années 2001 et antérieures, les chiffres ont été extraits de Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K., Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A. : *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, Banque mondiale, 2007 (<http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>). Les chiffres figurant dans les colonnes “différence” peuvent avoir été arrondis.

- ^b Sauf mention contraire, les données provenant des DHS concernent des naissances survenues pendant les 5 années précédant l'enquête. Les données tirées des MICS portent sur des naissances intervenues dans les 2 ans précédant l'enquête.
- ^c Les données s'appliquent à la couverture par la vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole) à 12, 15, 18 ou 24 mois, selon le pays.
- ^d Pour tous les pays dont les données proviennent des DHS, le taux de mortalité des moins de 5 ans s'applique à la décennie précédant l'enquête, sauf dans le cas de l'Inde et la Turquie, où il s'applique à la période de 5 ans précédant l'enquête.
- ^e Le plus bas niveau d'éducation atteint par les mères est « pas d'éducation », tandis que le plus haut est « secondaire ou supérieur ».
- ^f Les données sont tirées d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) (environ 3). Tous les chiffres MICS ont été extraits de rapports par pays disponibles sur le site Internet de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/>, consulté le 13 février 2009).
- ^g Les chiffres entre parenthèses ont été obtenus à partir d'un petit nombre de cas (25 à 49 cas non pondérés).
- ^h Les données relatives aux « naissances assistées par du personnel de santé qualifié » concernent des naissances survenues dans les trois ans précédant l'enquête.

Tableau 9 Statistiques démographiques et socio-économiques

- ^a *World population prospects: the 2006 revision*. New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies, 2007.
- ^b *United Nations demographic yearbook 2006*. New York, Division de Statistique des Nations Unies, 2008 (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2006.htm>).
- ^c *Base de données de mortalité de l'OMS: tableaux* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/morttables>).
- ^d *World fertility data 2008*, CD-ROM, POP/DB/Fert/Rev. 2008. New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Secrétariat des Nations Unies, 2009.
- ^e *Centre de données de l'Institut de statistiques de l'UNESCO* [base de données en ligne]. Montréal, Institut de statistiques de l'UNESCO, 2007 (<http://stats.uis.unesco.org>, consultée le 13 février 2009).
- ^f PPA en \$ int., parité de pouvoir d'achat en dollars internationaux. *World development indicators. 2007*. Washington, DC, Banque mondiale, 2008 (<http://www.worldbank.org/data>, consultée le 13 février 2009).
- ^g *World Bank PovcalNet*. Washington, DC., Banque mondiale, 2008 (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>, consultée le 13 février 2009). Ces chiffres correspondent au seuil de pauvreté par défaut de la Banque mondiale.
- ^h D'après la définition standard: pourcentage d'enfants de moins de 5 ans enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur dénombre les enfants dont le certificat de naissance a été vu par la personne menant l'entretien ou dont la mère ou le responsable indique que sa naissance a été enregistrée. *La situation des enfants dans le monde 2009 - La santé maternelle et néonatale*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2009.
- ⁱ Diffère de la définition standard.
- ^j Base de données internationale (IDB). Washington, DC, US Census Bureau, 2008 (<http://www.census.gov/ipc/www/idb>, consultée le 13 février 2009).
- ^k Les données se rapportent à 2005.
- ^l Les données se rapportent à 2006.
- ^m A des fins statistiques, les données concernant la Chine ne couvrent pas les régions administratives spéciales de Hong Kong et Macao.
- ⁿ Les données se rapportent à 2004.

Regroupements par Régions de l'OMS*

Région africaine: Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée,* Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe

Région des Amériques: Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

Région de l'Asie du Sud-Est: Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste*

Région de l'Europe: Albanie, Allemagne, Andorre,* Arménie,* Autriche, Azerbaïdjan,* Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine,* Bulgarie, Chypre, Croatie,* Danemark, Espagne, Estonie,* Ex-République yougoslave de Macédoine,* Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie,* Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan,* Kirghizistan,* Lettonie,* Lituanie,* Luxembourg, Malte, Monaco, Monténégro,* Norvège, Ouzbékistan,* Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova,* République tchèque,* Roumanie, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie,* Slovaquie,* Slovénie,* Suède, Suisse, Tadjikistan,* Turquie, Turkménistan,* Ukraine

Région de la Méditerranée orientale: Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Egypte, Emirats arabes unis, Iran (République islamique d'), Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie, Yémen

Région du Pacifique occidental: Australie, Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Fidji, Iles Cook, Iles Marshall,* Iles Salomon, Japon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (Etats fédérés de),* Mongolie, Nauru,* Nioué,* Nouvelle-Zélande, Palaos,* Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu,* Vanuatu, Viet Nam

Regroupements par groupes de revenu**

Faible revenu : Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Iles Salomon, Kenya, Kirghizistan, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Tadjikistan, Tchad, Togo, Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe

Revenu moyen inférieur: Albanie, Algérie, Angola, Arménie, Azerbaïdjan, Bhoutan, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Cap-Vert, Chine, Colombie, Congo, Djibouti, Egypte, El Salvador, Equateur, Ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Guatemala, Guyana, Honduras, Iles Marshall, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Jordanie, Kiribati, Lesotho, Maldives, Maroc, Micronésie (Etats fédérés de), Namibie, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Philippines, République arabe syrienne, République de Moldova, République dominicaine, Samoa, Sri Lanka, Soudan, Swaziland, Thaïlande, Timor-Leste, Tonga, Tunisie, Turkménistan, Ukraine, Vanuatu

Revenu moyen supérieur: Afrique du Sud, Argentine, Belarus, Belize, Botswana, Brésil, Bulgarie, Chili, Costa Rica, Croatie, Cuba, Dominique, Fédération de Russie, Fidji, Gabon, Grenade, Guinée équatoriale, Hongrie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Kazakhstan, Lettonie, Liban, Lituanie, Malaisie, Maurice, Mexique, Monténégro, Oman, Palaos, Panama, Pologne, Roumanie, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Serbie, Seychelles, Slovaquie, Suriname, Turquie, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

Revenu élevé: Allemagne, Andorre, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Australie, Autriche, Bahamas, Bahreïn, Barbade, Belgique, Brunéi Darussalam, Canada, Chypre, Danemark, Emirats arabes unis, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Koweït, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Qatar, République de Corée, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Singapour, Slovénie, Suède, Suisse, Trinité-et-Tobago

Les Iles Cook, Nauru, Nioué et Tuvalu n'ont pas été classés dans des groupes de revenu et sont donc exclus du calcul des indices agrégés par groupe de revenu.

* L'Etat peut disposer de chiffres associés pour des périodes précédant son entrée à l'OMS.

** Liste 2008 des économies de la Banque mondiale (juillet 2008). Banque mondiale, juillet 2008 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>).