



annexe statistique

notes explicatives

Les tableaux de la présente annexe donnent des informations sur des indicateurs clés de la santé des populations dans les Etats Membres et Régions de l’OMS, les chiffres globaux de certains comptes nationaux de la santé pour 1997–2001 et des estimations de base sur les indicateurs de l’état d’avancement des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé dans les Etats Membres de l’OMS. Ces notes donnent une idée générale des concepts, des méthodes et des sources de données utilisés et renvoient à une documentation plus détaillée. On espère qu’un examen attentif et l’utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer les indicateurs clés de la santé des populations et du financement des systèmes de santé. Les principaux résultats figurant dans les tableaux sur la santé des populations sont donnés avec un intervalle d’incertitude afin que l’utilisateur dispose de tout l’éventail des estimations plausibles pour chaque pays et chaque mesure.

Les délais impartis pour la préparation du *Rapport sur la santé dans le monde 2004* étant beaucoup plus restreints que d’habitude, il n’a pas été possible de consulter les Etats Membres sur les chiffres les plus récents. De ce fait, les Tableaux 1 à 6 de l’annexe présentent des chiffres correspondant aux mêmes années que ceux des tableaux publiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2003*. Les estimations initiales de l’OMS et des explications techniques ont été adressées aux Etats Membres pour qu’ils les commentent. Les observations et les données obtenues en retour ont fait l’objet de discussions avec les Etats Membres et ont été, dans la mesure du possible, incorporées dans le rapport. Il reste que les informations présentées ici doivent être considérées comme les meilleures estimations de l’OMS et non comme l’expression du point de vue officiel des Etats Membres. Seuls les ren-

seignements nouveaux reçus des Etats Membres à la suite des consultations de 2003 mais parvenus à l’OMS trop tard pour être inclus dans le Rapport sur la santé dans le monde 2003 ont été utilisés pour actualiser les Tableaux 1 à 6 de l’annexe. En outre, les révisions des Tableaux 2 et 3 de l’annexe tiennent compte, pour certaines causes de décès, de nouvelles données obtenues dans les conditions décrites ci-après.

Le travail d’élaboration des tableaux de l’annexe a été exécuté principalement par le Groupe OMS Bases factuelles et information à l’appui des politiques de santé, en collaboration avec ses homologues dans les bureaux régionaux de l’OMS et avec les représentants OMS dans

les Etats Membres. Les six bureaux régionaux de l'OMS ont communiqué des informations actualisées sur les dépenses de santé recueillies auprès des Etats Membres de leur Région. Les Bureaux régionaux OMS des Amériques et de l'Europe ont également envoyé des données sur les causes de décès en provenance de leurs Etats Membres.

TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Pour évaluer le niveau général des réalisations sanitaires, il est indispensable de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration pour 2002 de nouvelles tables de mortalité pour l'ensemble des 192 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et de registres d'état civil sur les niveaux et tendances de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité des adultes (1). Cet examen a largement tiré profit d'une évaluation collective, par l'OMS et l'UNICEF, des niveaux de la mortalité infanto-juvénile pour 2001 et d'analyses du United States Census Bureau (2) et de la Division de la Population de l'ONU (3) sur la mortalité générale. L'OMS utilise une méthode standardisée pour les estimations et les projections des tables de mortalité de tous les Etats Membres dont les données sont comparables, ce qui peut conduire à des différences mineures par rapport aux tables de mortalité officielles établies par les Etats Membres.

Toutes les estimations de la taille et de la structure des populations pour 2002 sont basées sur l'évaluation démographique pour 2002 établie par la Division de la Population de l'ONU (3). Ces estimations se réfèrent à la population effective et non à la population légale dans chaque Etat Membre. Le taux de croissance annuel, le rapport de la population adulte à la population non adulte, le pourcentage de la population âgée de 60 ans ou plus et le taux global de fécondité sont tirés de la base de données de la Division de la Population de l'ONU. Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de morbidité, on a réparti les 192 Etats Membres en cinq strates de mortalité sur la base de leurs taux de mortalité des enfants et des adultes de sexe masculin. La matrice définie pour les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité donne 14 sous-régions, car toutes les strates de mortalité ne sont pas représentées dans chacune des Régions. Ces sous-régions sont définies aux pages 174–175 et utilisées dans les Tableaux 2 et 3 pour la présentation des résultats.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logit à deux paramètres basé sur une norme mondiale, avec des paramètres additionnels tenant compte de l'âge de manière à corriger les erreurs systématiques qui résultent de l'application d'un système à deux paramètres (4). Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil et pour les projections sur 2002 lorsque les données disponibles les plus récentes portaient sur des années antérieures.

Afin d'évaluer le degré de complétude des données sur la mortalité enregistrées dans les pays dotés de registres d'état civil, on a appliqué des techniques démographiques appropriées (méthode de Preston-Coale, méthodes de Brass – équilibre d'accroissement et équilibre d'accroissement généralisé – et méthode de Bennett-Horiuchi). Pour les Etats Membres dépourvus de tels registres, on a évalué toutes les données

provenant d'enquêtes, de recensements et de registres d'état civil en les ajustant et en les uniformisant pour estimer l'évolution probable de la mortalité infantile depuis quelques dizaines d'années. Cette évolution a été ensuite extrapolée pour estimer les taux de mortalité infantile en 2002. En outre, on a analysé des données sur la survie de fratries adultes tirées des analyses de population disponibles pour obtenir des informations plus poussées sur la mortalité des adultes. L'espérance de vie, la mortalité des moins de cinq ans en termes de probabilité de décès entre la naissance et l'âge de cinq ans et la mortalité des adultes en termes de probabilité de décès entre les âges de 15 et 60 ans sont directement tirées des tables de mortalité.

Pour déterminer l'incertitude résultant de l'échantillonnage, de la technique d'estimation indirecte ou de la projection sur 2002, on a établi un total de 1000 tables de mortalité pour chaque Etat Membre. Dans le Tableau 1 de l'annexe, on a indiqué les limites de confiance en donnant les valeurs clés des tables de mortalité au 2,5^e percentile et au 97,5^e percentile. Cette analyse de l'incertitude a été facilitée par la mise au point de méthodes et logiciels nouveaux (5). Dans les pays où l'épidémie de VIH/SIDA a des effets notables, de récentes estimations de l'ampleur de cette épidémie et la marge d'incertitude correspondante ont été prises en compte pour analyser l'incertitude des tables de mortalité.

TABLEAUX 2 ET 3 DE L'ANNEXE

On a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions et pour l'ensemble du monde en se basant sur des données tirées de 112 registres nationaux d'état civil correspondant à un total annuel d'environ 18,6 millions de décès, soit un tiers de tous les décès survenus dans le monde. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, on s'est servi d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières (6–16). Ces données sont utilisées pour estimer les taux de mortalité par âge et par sexe correspondant aux causes initiales de décès définies par les règles de classification de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM).

On a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables dans les causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, on a élaboré des techniques basées sur l'étude de la charge mondiale de morbidité (17) que l'on a affinées en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus robustes (18).

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes dans les catégories maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatismes et affections et symptômes mal définis. On a mis au point un algorithme de correction pour reclassifier les codes des affections cardio-vasculaires mal définis (19). La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'état civil et de registres de l'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque Région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte (15).

Les estimations régionales et mondiales de la mortalité et de la charge morbide par cause pour 2002 publiées dans les Tableaux 2 et 3 de l'annexe ont été actualisées par rapport à celles qui figurent dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2003*,

non seulement pour tenir compte de révisions des tables de mortalité dans un petit nombre de pays, mais aussi pour y inclure des estimations révisées de la mortalité due à certaines causes sur la base de données améliorées et d'informations récentes.

On a revu les estimations sur la mortalité par VIH/SIDA en fonction d'autres sources de données nouvelles telles que les enquêtes nationales auprès des ménages, ainsi que de meilleures informations sur des épidémies émergentes dans les Amériques, en Asie et en Europe orientale (8). Les dernières estimations disponibles pour les pays (à la date de février 2004) ont été incorporées dans la nouvelle version des Tableaux 2 et 3 de l'annexe, et la prévalence de la tuberculose ainsi que la mortalité due à cette maladie en 2002 ont été revues sur la base des dernières données de la notification, des taux de traitement et de données sur les taux de létalité publiés dans *WHO Global tuberculosis control report 2004*.

On a révisé les estimations sur la mortalité par rougeole pour tenir compte de nouvelles informations concernant les effets de campagnes de vaccination complémentaire sur la réduction de cette mortalité. Le nombre et la qualité des campagnes de vaccination complémentaire ont considérablement augmenté en Afrique depuis 2000. Des estimations des décès par coqueluche et par poliomyélite en 2002 ont été également revues à la lumière de nouvelles informations sur les notifications et sur la couverture vaccinale. On a en outre modifié les chiffres de l'incidence du tétanos néonatal et du tétanos maternel ainsi que ceux de la mortalité due à ces maladies pour tenir compte des effets de campagnes de vaccination antitétanique complémentaire. Ces campagnes, qui visent toutes les femmes en âge de procréer dans les districts les plus exposés, ont été entreprises dans 29 pays depuis 1999.

Le Tableau 3 de l'annexe donne des estimations de la charge de morbidité dans les 14 sous-régions épidémiologiques en utilisant les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme la mesure de la différence entre l'état de santé actuel d'une population et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé (20, 21). Pour déterminer les AVCI correspondant à une maladie ou un état morbide, on calcule la somme des années de vie perdues dans la population du fait d'un décès prématuré (AVP) et des années perdues du fait d'une incapacité (API) pour les cas nouveaux de la pathologie considérée. Les AVCI pour 2002 ont été estimées sur la base d'informations concernant les causes de décès pour chaque sous-région, ainsi que d'évaluations régionales ou nationales de l'incidence et de la prévalence des maladies et traumatismes. Ces dernières sont basées sur de très nombreuses données relatives aux principales maladies et lésions traumatiques qui ont été recueillies par les programmes techniques de l'OMS et dans le cadre de la collaboration avec des scientifiques du monde entier (16). La participation de l'OMS au calcul de ces estimations et ses consultations avec les Etats Membres garantissent que ces estimations reflètent toutes les informations et connaissances disponibles à l'OMS. On trouvera des estimations de l'incidence et de la prévalence ponctuelle de certaines causes majeures de morbidité par sous-région sur le site Web de l'OMS : www.who.int/evidence/bod.

TABLEAU 4 DE L'ANNEXE

Le Tableau 4 de l'annexe indique le niveau de santé moyen de la population dans tous les Etats Membres de l'OMS en termes d'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS). L'EVCS est basée sur l'espérance de vie à la naissance (Tableau 1 de l'annexe), mais elle est corrigée du temps passé en mauvaise santé. On dira plus

simplement que c'est l'équivalent du nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en pleine santé compte tenu des taux actuels de morbidité et de mortalité (22, 23). Les méthodes utilisées par l'OMS pour calculer l'EVCS ont été mises au point de manière à obtenir une comparabilité maximum entre populations. L'analyse par l'OMS des résultats de plus de 50 enquêtes sanitaires nationales pour le calcul de l'espérance de vie en bonne santé a révélé de graves problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé correspondant à différentes populations, même lorsque l'on utilise des instruments et méthodes d'enquête identiques (24). Ces problèmes de comparabilité résultent de différences non mesurées entre les attentes et les normes sanitaires qui font que les populations donnent aux formules utilisées pour les réponses aux questions sur l'auto-évaluation (telles que léger, modéré ou grave) des sens qui varient largement (25). Pour surmonter ces difficultés, l'OMS a entrepris en 2000–2001 une étude multipays en collaboration avec les Etats Membres, en utilisant à cet effet un instrument d'enquêtes standardisées sur l'état de santé ainsi que de nouvelles méthodes statistiques permettant de corriger les distorsions auxquelles donnent lieu les notifications spontanées (25, 26).

Pour l'étude multipays, on a procédé à 71 enquêtes auprès de ménages représentatifs dans 61 Etats Membres en 2000 et 2001 à l'aide d'un nouvel instrument de mesure de l'état de santé basé sur la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (27), qui permet d'obtenir des informations auprès d'un échantillon représentatif d'enquêtés sur leur état de santé actuel dans sept domaines clés. Pour remédier aux problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé, l'instrument d'enquête de l'OMS utilise des tests de performance et des vignettes afin d'étalonner les notifications dans chacun des domaines clés (26). Les réponses étalonnées servent à évaluer la prévalence des différents états de santé en fonction de l'âge et du sexe.

La mesure du *temps passé en mauvaise santé* est basée sur une méthode qui associe les estimations relatives à chaque affection contenues dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité en 2000 à des estimations de la prévalence des différents états de santé par âge et par sexe tirées de l'étude multipays, et pondérées au moyen d'appréciations de l'état de santé (28). On a utilisé les données provenant de l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité pour estimer les prévalences corrigées de la gravité des états morbides par âge et par sexe pour les 192 Etats Membres de l'OMS en 2002. Pour estimer séparément les prévalences corrigées de la gravité par âge et par sexe, on s'est servi des données de 62 enquêtes réalisées dans le cadre de l'étude multipays. Enfin, on a calculé les prévalences postérieures pour tous les Etats Membres pour 2002 à l'aide de prévalences basées sur l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité et des prévalences des enquêtes.

Des enquêtes auprès des ménages utilisant un module d'appréciations ont été effectuées dans 14 pays : Chine, Colombie, Egypte, Géorgie, Inde, Indonésie, Liban, Mexique, Nigéria, République arabe syrienne, République islamique d'Iran, Singapour, Slovaquie et Turquie. Des données sur près de 500 000 appréciations de l'état de santé, recueillies auprès de plus de 46 000 enquêtés, ont été utilisées pour élaborer des évaluations mondiales moyennes de l'état de santé afin de calculer l'EVCS (29).

Les méthodes utilisées par l'OMS pour calculer l'espérance de vie en bonne santé ont été examinées en 2001 et 2002 par le Groupe d'examen scientifique collégial créé par le Directeur général à la demande du Conseil exécutif de l'OMS (EB107.R8). Le rapport final du Groupe au Directeur général (30) indique que la mise au point de la méthodologie qui doit servir à mesurer l'EVCS est en bonne voie, et fait une série

de recommandations techniques qui ont été suivies pour les calculs dont les résultats figurent au Tableau 4 de l'annexe. Des mesures ont été prises, notamment pour prendre en compte les pensionnaires d'établissements de santé et la comorbidité dépendante (16).

Le Tableau 4 de l'annexe donne, pour 2002 et pour tous les Etats Membres, les informations suivantes : EVCS moyenne à la naissance, EVCS à l'âge de 60 ans, perte prévue d'années de vie en bonne santé (PAVS) à la naissance, pourcentage du total de l'espérance de vie (EV) perdu, et limites de confiance à 95 %. La PAVS est l'espérance de vie moins l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EV-EVCS), c'est-à-dire l'équivalent du nombre d'années de vie en pleine santé qui devrait être perdu en raison d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé. La PAVS, exprimée en pourcentage de l'EV totale, représente la proportion de l'espérance de vie totale perdue du fait d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé.

TABLEAU 5 DE L'ANNEXE

Les comptes nationaux de la santé (CNS) sont la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés au cours du fonctionnement d'un système de santé et donnent la possibilité de contrôler toutes les transactions, des sources de financement à la répartition des dotations en fonction de considérations géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques. Les CNS sont en rapport avec les comptes macroéconomiques et macrosociaux dont ils empruntent la méthodologie.

Le Tableau 5 de l'annexe donne les meilleures estimations dont l'OMS disposait jusqu'à juillet 2003 pour chacun des 192 Etats Membres. Les pays qui recueillent des données sur leurs dépenses de santé sont de plus en plus nombreux, mais seuls quelques-uns ont établi des CNS complets. On a compilé, pour chaque pays, les informations qui ont pu être recensées et obtenues sur le plan national et international. Des techniques normalisées d'estimation comptable et d'extrapolation ont été appliquées pour obtenir des séries chronologiques appropriées. On a aussi procédé à une ventilation des données utile pour les décideurs (dépenses publiques/privées). Chaque année, des projets de modèles sont adressés aux ministères de la santé pour qu'ils les commentent et aident, si nécessaire, à obtenir des informations supplémentaires. Les réponses constructives des ministères ont constitué une précieuse source d'information pour les estimations des CNS dont il est rendu compte ici.

Il existe maintenant une importante aide méthodologique à la préparation des comptes nationaux de la santé, le *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (31). Ce guide est basé sur le Système de comptes de la santé de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) (32). Les deux instruments sont conformes aux principes du système de comptabilité nationale de l'Organisation des Nations Unies (communément désigné sous le sigle SNA93) (33).

Les principales références internationales utilisées pour la préparation des tableaux sont les suivantes : Fonds monétaire international (FMI) : *Government Finance Statistics Yearbook, 2002* (34), *International Financial Statistics Yearbook, 2003* (35) et *International Financial Statistics* (septembre 2003) (36) ; Banque asiatique de Développement : *Key indicators 2002* (37) ; *données OCDE sur la santé, 2003* (38) et *Statistiques sur le développement international* (39) ; et *Organisation des Nations Unies : National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000* (40). Les organisations chargées de la publication de ces rapports ont bien voulu aider l'OMS à en obtenir des versions préliminaires et apporter des éclaircissements complémentaires ; qu'elles en soient remerciées ici.

Parmi les sources nationales figurent : des rapports sur les comptes nationaux de la santé, des rapports sur les dépenses publiques, des annuaires statistiques et autres périodiques, des documents sur les budgets, des rapports sur les comptes nationaux, des données statistiques figurant sur les sites Web officiels, des rapports d'organisations non gouvernementales, des études théoriques, et enfin des rapports et données fournis par des bureaux centraux de statistique, des ministères de la santé, des ministères des finances et du développement économique, des bureaux de planification et des associations professionnelles et commerciales.

Le Tableau 5 de l'annexe donne des chiffres actualisés et révisés pour 1997–2001. Les chiffres ont été actualisés lorsque l'on a reçu de nouvelles informations modifiant les estimations initiales. Figurent dans cette catégorie les révisions des critères de référence dans les cas où une révision complète a été entreprise dans un pays à la suite d'un changement de méthodologie, où l'on a procédé à une élaboration plus poussée des comptes nationaux de la santé et où le dénominateur est passé de SNA68 à SNA93. La Colombie en est un exemple.

Le total des dépenses de santé a été défini comme la somme des dépenses publiques générales de santé (DPGS) et les dépenses privées pour la santé (DPS). Toutes les estimations sont calculées en millions d'unités de la monnaie nationale (millions d'UMN). Les estimations sont présentées en proportion du produit intérieur brut (PIB), du total des dépenses de santé (TDS), du total des dépenses publiques générales (DPG) ou du total des dépenses privées pour la santé (DPS).

Le PIB est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou non-résidents, qu'ils soient imputés sur des créances nationales ou étrangères. Ceci correspond (avec quelques ajustements) au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence. La principale source d'information pour les estimations du PIB est la publication de l'ONU : *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000* (40), Tableau 1.1. Pour les 30 pays membres de l'OCDE, les comptes macroéconomiques ont été tirés des *Comptes nationaux des pays de l'OCDE 1990/2001*, édition 2003, volume II (41), Tableau 1. Des arrangements de collaboration passés entre l'OMS et la Division de statistique de l'ONU ainsi que la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies ont permis d'obtenir des renseignements préliminaires sur 2001. Pour les Emirats arabes unis, l'Iraq et le Liban, on s'est servi de données provenant de la Commission économique et sociale de l'Organisation des Nations Unies pour l'Asie occidentale.

Lorsqu'il a été impossible d'obtenir des informations de l'Organisation des Nations Unies, on a utilisé des données sur le PIB communiquées par le FMI (*International Financial Statistics*, septembre 2003), pour les pays suivants : Cap-Vert, Comores, Djibouti, Erythrée, Gambie, Guinée, Mauritanie et Sao Tomé-et-Principe. Dans les rares cas où aucune des institutions susmentionnées n'avait publié d'informations à jour sur le PIB, l'OMS a utilisé des données émanant d'autres institutions ou des statistiques nationales. Ces dernières ont été utilisées pour les pays suivants : Andorre, Etats fédérés de Micronésie, Iles Salomon, Nicaragua, Nioué, Palaos, Samoa et Tonga. Les chiffres de Kiribati ont été communiqués par la Banque asiatique de Développement. Les estimations concernant l'Afghanistan, l'Iraq, la République populaire démocratique de Corée, la Somalie et le Timor-Leste proviennent de rapports de politique générale, car aucune source officielle de statistiques ne disposait d'informations sur ces pays. De même, les estimations pour l'Afghanistan, le Libéria et la Somalie sont tirées du site Web de la Division de Statistique de l'ONU (UNSTAT). Les estimations concernant la Guinée équatoriale émanent de la Banque des Etats de l'Afrique centrale (BEAC).

Les données de la Chine n'englobent pas les estimations concernant la Région administrative spéciale de Hong Kong et la Région administrative spéciale de Macao. Les données sur les dépenses de santé de Jordanie ne tiennent pas compte des contributions de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) qui a dispensé des services de santé de base aux réfugiés palestiniens résidant sur le territoire jordanien, mais incluent les dépenses encourues par l'UNRWA dans les dispensaires de l'Office. Les données sur les dépenses de santé de la Serbie et Monténégro pour 1997 et 1998 incluent les provinces du Kosovo et de Metohia, mais, pour 1999 et 2000, ces données n'en tiennent pas compte car ces territoires ont été placés sous l'administration des Nations Unies. Les estimations pour 2001 ont été aussi extrapolées en excluant le Kosovo et Metohia.

Les dépenses publiques générales (DPG) incluent des dépenses consolidées directes et indirectes (par exemple subventions aux producteurs, versements aux ménages, etc.), y compris les dépenses en capital à tous les échelons administratifs (autorités territoriales : centrales/fédérales, provinciales/régionales/étatiques/districtales et municipales/locales), des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et des fonds extrabudgétaires. *Les Comptes nationaux des pays de l'OCDE : tableaux détaillés 1990/2001*, édition 2003, volume II, Tableau 12, ligne 51 donnent des informations sur 27 pays membres. Le *Government Finance Statistics Yearbook* du FMI donne des chiffres globaux pour 133 administrations centrales/fédérales avec des données complémentaires pour 23 autorités régionales et 45 autorités locales/municipales (ainsi que quelques informations sur des dépenses de sécurité sociale pour la santé communiquées par le FMI). Cette même organisation indique les chiffres des dépenses des administrations centrales dans : *International Financial Statistics*, ligne 82. Pour vérifier le total des dépenses publiques, on a consulté plusieurs autres audits de finances publiques, budgets exécutés, plans budgétaires, annuaires statistiques, sites Web, rapports de la Banque mondiale et des Banques régionales de Développement, et études théoriques. On a extrapolé à partir de séries chronologiques incomplètes en se fondant, notamment, sur la différence entre les dépenses actuelles, augmentées des économies figurant dans les *Comptes nationaux* des Nations Unies jusqu'en 1995, et le montant des dépenses des administrations centrales indiqué par le FMI. Plusieurs autorités nationales ont aussi confirmé les statistiques des dépenses publiques générales au cours du processus de consultation.

Les dépenses publiques générales de santé (DPGS) comprennent les dotations destinées à améliorer l'état de santé de tranches de la population et/ou à dispenser des biens et services de soins médicaux à des tranches de la population et provenant :

- d'autorités centrales/fédérales, étatiques/provinciales/régionales et locales/municipales ;
- d'organismes financés par des fonds extrabudgétaires, notamment les systèmes de sécurité sociale qui opèrent dans plusieurs pays ;
- de sources de financement extérieures (principalement des subventions et des crédits englobant une forte proportion de subventions aux gouvernements).

Les chiffres des dépenses de sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires pour la santé comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et services de santé par des régimes d'assurance obligatoires, gérés par l'Etat et couvrant une partie substantielle de la population. L'une des principales difficultés a résidé dans la recherche des doubles comptages ainsi que des prestations en espèces pour maladie et/ou

perte d'emploi pouvant figurer dans les estimations, car ce type de prestation doit être classé parmi les indemnités au titre de la garantie de ressources.

Toutes les dépenses doivent être prises en compte, y compris la consommation finale, les subventions aux producteurs, les versements aux ménages (principalement pour le remboursement de factures de frais médicaux et pharmaceutiques), les investissements et les aides à l'investissement (aussi appelés transferts de capitaux). La classification des fonctions de l'Etat, proposée par l'ONU, le FMI, l'OCDE et d'autres institutions, a été utilisée pour les délimitations. Il arrive souvent que les données contenues dans les publications se limitent à celles communiquées par les ministères de la santé. Or, les dépenses de santé devraient inclure tout ce qui est principalement destiné à la santé, quelle que soit l'entité d'exécution. On s'est donc attaché à obtenir des données sur les dépenses de santé auprès d'autres ministères ainsi que des forces armées, des administrations pénitentiaires, des écoles, des universités et autres sources pour prendre en compte la totalité des ressources consacrées à la santé. Des informations sur les ressources extérieures ont été aimablement communiquées par le Comité d'Action pour le Développement de l'OCDE (DAC/OCDE). Un quart des Etats Membres contrôlent effectivement les ressources extérieures de leur système de santé, et cette information a été utilisée pour valider ou modifier les ordres de grandeur tirés des données du DAC.

Les *données OCDE sur la santé, 2003* indiquent les dépenses publiques générales de santé des Etats Membres de cette Organisation, avec certaines lacunes pour l'année 2001. Les données pour 2001 concernant l'Autriche, la Belgique, l'Islande, le Japon, le Luxembourg, la République de Corée et la Turquie ont été établies en grande partie par l'OMS sur la base de projections car l'OCDE n'était pas encore en mesure de les communiquer. Des études sur les comptes nationaux de la santé concernant une ou plusieurs années existaient pour 54 pays non membres de l'OCDE. Les informations détaillées figurant dans ces rapports ont permis de disposer d'une base d'estimation plus fiable que pour les autres années. Les *Government Finance Statistics* du FMI indiquent les dépenses de santé des administrations centrales de 122 pays, les dépenses de santé des autorités régionales de 23 pays et les dépenses de santé des autorités locales de 45 pays. Ces statistiques ne donnent pas de séries chronologiques continues pour tous les pays, mais elles indiquent qu'un système de notification existe dans les 122 pays. Des recherches approfondies ont été entreprises pour consulter les publications nationales appropriées de ces pays. Dans certains cas, on a observé que les dépenses indiquées à l'aide du système de classification des finances publiques des statistiques du FMI se limitaient à celles du ministère de la santé et n'incluaient pas l'ensemble des dépenses de santé indépendamment de l'entité d'exécution. En pareil cas, on a eu recours à d'autres statistiques pour compléter cette source. Des données sur les finances publiques et sur les ressources extérieures, des annuaires statistiques, des rapports sur les finances publiques et des analyses rendant compte de l'application des politiques de santé ont servi de base aux estimations des dépenses publiques générales de santé pour la plupart des Etats Membres de l'OMS. Les renseignements concernant le Brunéi Darussalam, par exemple, proviennent de sources nationales mais aussi des recueils de données d'une fondation médicale internationale au Japon (42). Cette source a permis de vérifier les données sur leur budget de la santé de sept pays.

Plusieurs procédés ont été utilisés pour apprécier la validité des données. C'est ainsi que l'on a comparé les dépenses totales calculées à des données sur les dépenses d'hospitalisation, les dépenses pharmaceutiques et d'autres informations (y compris

les coûts d'administration des programmes et autres contenus dans les classifications du *Système de comptes de la santé* pour recouper l'information disponible en s'assurant : que les dépenses dont les détails ont été regroupés constituent l'essentiel des dépenses publiques de santé ; que les transferts intragouvernementaux sont consolidés ; enfin, que les estimations obtenues sont jugées plausibles au regard des descriptions du système. Les chiffres globaux des dépenses publiques de santé ont été comparés au total des dépenses publiques générales, ce qui a permis de disposer d'un autre moyen de recoupement. Il arrive parfois que les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, les chiffres globaux des dépenses de santé soient sous-évalués lorsqu'il n'est pas possible d'estimer les dépenses des administrations locales, des organisations non gouvernementales et des régimes d'assurance. C'est ainsi que les dépenses globales de santé de l'Inde peuvent ne pas tenir compte de certains agents économiques, d'où un risque de sous-évaluation de 0,3 % à 0,6 % du PIB. Les informations concernant l'Afghanistan et l'Iraq ont été communiquées par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et celles concernant le Cambodge par le bureau OMS dans le pays.

Les dépenses de santé privées ont été définies comme la somme des dépenses correspondant aux entités et rubriques suivantes :

- Systèmes de prépaiement et de répartition des risques : dépenses des régimes d'assurance privés et des régimes d'assurance sociale privés (pour lesquels l'Etat n'a aucun contrôle sur les taux de cotisation et les prestataires participants mais donne quelques orientations générales), des régimes d'assurance privés avec ou sans but lucratif (mutuelles), des réseaux de santé et autres agents économiques qui gèrent des systèmes de prestations médicales et paramédicales prépayées (y compris les coûts d'exploitation de ces systèmes).
- Dépenses de santé des entreprises : dépenses d'entreprises publiques et privées concernant des soins médicaux et des services destinés à améliorer la santé, autres que les cotisations à un régime de sécurité sociale.
- Institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages : ressources utilisées pour acheter des biens et services de santé par des entités dont le statut interdit que ceux-ci soient une source de revenu, de profit ou autre avantage financier pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Ces ressources englobent des fonds provenant de sources internes ou externes.
- Dépenses directes des ménages : honoraires et autres versements en espèces reçus par des praticiens de la santé et des fournisseurs de substances pharmaceutiques, d'appareillages thérapeutiques et d'autres biens et services ayant principalement pour objet de contribuer à restaurer ou à promouvoir la santé d'individus ou de groupes de population. Elles comprennent les sommes versées par les ménages à des services publics, des institutions sans but lucratif ou des organisations non gouvernementales et les participations aux coûts, franchises, tickets modérateurs et rémunérations à l'acte non remboursables. Ne sont pas compris les versements effectués par des entreprises qui offrent des médicaments et des prestations paramédicales, imposés ou non par la loi, à leurs employés et les dépenses encourues pour des traitements à l'étranger.

L'essentiel de l'information concernant les dépenses de santé privées est tiré de rapports sur les comptes nationaux de la santé, d'annuaires statistiques et autres publications périodiques, de données statistiques publiées sur les sites Web officiels,

de rapports d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes sur les dépenses des ménages, d'études théoriques et de rapports et informations émanant de bureaux centraux de statistique, de ministères de la santé et d'associations professionnelles et commerciales. Pour les 30 pays membres de l'OCDE, l'information provient des *données OCDE sur la santé, 2003*. Pour obtenir les chiffres des années manquantes, on a utilisé des techniques standard d'extrapolation et d'estimation.

TABLEAU 6 DE L'ANNEXE

Le Tableau 6 de l'annexe présente le total par habitant des dépenses de santé et des dépenses publiques générales de santé. La méthodologie et les sources utilisées pour déterminer le total des dépenses de santé et des dépenses publiques générales de santé sont passées en revue dans les notes concernant le Tableau 5 de l'annexe. Les ratios par habitant sont obtenus en divisant les chiffres des dépenses par l'effectif de la population. Ces chiffres par habitant sont d'abord exprimés en dollars des Etats-Unis au taux de change annuel moyen (nombre annuel moyen d'unités contre lequel une monnaie s'échange dans le système bancaire) ou en dollars internationaux obtenus en divisant les unités de la monnaie locale par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat vis-à-vis du dollar des Etats-Unis, c'est-à-dire par un taux ou une mesure qui gomme les effets des différences de coûts de la vie entre les pays.

La publication *Données OCDE sur la santé, 2003* est la principale source des estimations concernant l'effectif de la population des 30 membres de l'OCDE ainsi que les autres dépenses de santé et variables macroéconomiques. Toutes les estimations de l'effectif et de la structure des populations des pays autres que ceux de l'OCDE sont basées sur des évaluations démographiques établies par la Division de la Population de l'ONU (3). Le présent rapport utilise des estimations de la population effective et non de la population légale dans chacun des Etats Membres. Font exception les chiffres des dépenses concernant la Serbie et Monténégro pour 2001, car ils ne tiennent pas compte des provinces du Kosovo et de Metohia qui sont devenues des territoires sous administration des Nations Unies. Les estimations concernant la Serbie et Monténégro, non comprises les populations du Kosovo et de Metohia, ont été tirées du *Statistical Yearbook of Yugoslavia 2002*, ce qui garantit la cohérence du numérateur et du dénominateur.

Les trois quarts des taux de change (moyenne de l'année) ont été tirés des *Statistiques financières internationales du FMI, septembre 2003*, rangée rf. Lorsque cette information fait défaut, on a utilisé des données communiquées par l'ONU ou la Banque mondiale ou figurant dans des rapports de donateurs (par exemple dans le cas de l'Afghanistan). Le taux de change euro:dollar des Etats-Unis a été appliqué pour Andorre, Monaco et Saint-Marin. Le taux de change dollar de Nouvelle-Zélande:dollar des Etats-Unis a été appliqué pour Nioué et le taux du dollar australien pour Nauru et Palaos. L'Equateur a dollarisé son économie en 2000, mais toute la série des données le concernant a dû être recalculée en dollars pour la période de cinq ans considérée.

Pour les pays membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour le calcul des dollars internationaux. Pour les pays membres de la CEE-ONU mais non de l'OCDE, on a calculé les parités de pouvoir d'achat de la CEE-ONU sur la même base que celles de l'OCDE. Les autres calculs en dollars internationaux ont été faits par l'OMS à l'aide de méthodes similaires à celles utilisées par la Banque mondiale.

TABLEAU 7 DE L'ANNEXE

En septembre 2000, les représentants de 189 pays réunis au Sommet du Millénaire à New York se sont engagés à œuvrer pour l'instauration d'un monde dans lequel le plus haut degré de priorité sera attribué à l'aide au développement et à l'élimination de la pauvreté. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) résument cet engagement et ont été communément approuvés comme un cadre de référence pour la mesure des progrès du développement. Ils font partie intégrante du *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire* adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies (43). Les OMD accordent une place importante à la santé : trois des huit objectifs et 17 indicateurs de l'état d'avancement la concernent. Ils doivent aider à mettre au point de grandes orientations nationales, telles que des stratégies de réduction de la pauvreté et les politiques sanitaires nationales axées sur les pauvres, ainsi qu'à contrôler la performance des programmes et systèmes de santé. Certes, ils ne couvrent pas l'ensemble des questions de santé publique mais une large interprétation de ces objectifs permet de s'attaquer à d'importants problèmes connexes ainsi qu'à des obstacles majeurs au progrès de la santé et du développement. Parmi ces derniers figurent notamment l'insuffisance des ressources humaines pour la santé, du financement des soins de santé et du potentiel des pouvoirs publics, notamment dans le domaine de la gestion d'ensemble.

L'OMS travaille en étroite collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies à la notification de l'information sur les OMD en rapport avec la santé. S'agissant de la mortalité infantile, de la santé maternelle, de l'état nutritionnel des enfants, des mesures de prévention du paludisme et de l'accès à une eau potable, elle partage cette responsabilité avec l'UNICEF pour les données sur la prévention du VIH avec l'ONUSIDA. Au niveau mondial, des mécanismes interinstitutions ont été mis en place pour garantir la cohérence technique de la collecte, de l'analyse et de la validation des données en rapport avec les OMD et pour définir les responsabilités en matière de notification. Au niveau des pays, l'OMS exerce par le truchement de ses représentants dans les pays les fonctions d'autorité principale pour la composante sanitaire des OMD au sein des équipes de pays des Nations Unies.

Le Tableau 7 de l'annexe donne des informations de base sur 17 indicateurs sanitaires de l'état d'avancement des OMD dans les Etats Membres de l'OMS. Les notes ci-après résument les définitions, les méthodes de mesure et les sources d'information et renvoient à d'autres informations sur les indicateurs sanitaires des OMD.

Pourcentage d'enfants ayant un déficit pondéral chez les moins de cinq ans

Le moyen recommandé, sur le plan international, pour évaluer la malnutrition dans une population consiste à prendre des mesures anthropométriques (par exemple poids et taille) et à les rapporter à l'âge ou à la stature de l'individu. Chez les enfants, les trois indices anthropométriques les plus fréquemment utilisés sont le rapport poids/taille, le rapport taille/âge et le rapport poids/âge. On compare ces valeurs anthropométriques dans des groupes d'individus ou des populations à une série de valeurs de référence, et le choix de la population de référence a un effet significatif sur la proportion d'enfants considérés comme sous-alimentés ou suralimentés. Depuis la fin des années 1970, l'OMS recommande les courbes de croissance du *United States National Center for Health Statistics (NCHS)* et la population internationale de référence du NCHS/OMS pour la comparaison des données sur la croissance des enfants.

Les sources de données présentées dans le Tableau 7 de l'annexe sont des enquêtes en population conformes aux principaux critères ci-après :

- une base de sondage bien définie ;
- une méthode d'échantillonnage non probabiliste portant sur au moins 400 enfants ;
- l'utilisation de techniques de mesure anthropométrique standards ;
- l'indication du déficit pondéral au-dessous des valeurs limites du z (valeurs de l'écart type) pour la population de référence internationale NCHS/OMS ou l'utilisation de données brutes si celles-ci sont disponibles, en vue d'une analyse normalisée.

Les chiffres indiqués sur le tableau sont estimés pour chaque Etat Membre à partir des résultats des enquêtes en population les plus récentes conformes aux critères ci-dessus (44–46).

Taux de mortalité des moins de cinq ans

Le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité (exprimée en taux pour 1000 naissances vivantes) du décès avant l'âge de cinq ans d'un enfant né une année déterminée si on lui applique les taux actuels de mortalité par âge. La mortalité des moins de cinq ans représente plus de 90 % des décès d'enfants de moins de 18 ans dans le monde.

Les taux de mortalité par âge, calculés à partir de données sur les naissances et les décès, sont tirés de statistiques d'état civil, de statistiques censitaires et/ou d'enquêtes auprès des ménages. Lorsque l'on utilise les données d'enquêtes auprès des ménages, les estimations de la mortalité des moins de cinq ans sont obtenues directement au moyen d'une enquête par grappes à indicateurs multiples (sur la base des antécédents génésiques comme pour les enquêtes démographiques et sanitaires) ou indirectement (comme avec la méthode de Brass). Lorsque la mortalité est élevée, la méthode indirecte tend à surestimer la mortalité infantile et à sous-estimer la mortalité juvénile.

Parmi les sources utilisées pour le calcul des taux de mortalité juvénile dans les Etats Membres de l'OMS figurent les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples, les statistiques d'état civil et les recensements nationaux (16). Les taux de mortalité des moins de cinq ans pour 2000 publiés ici ont été revus afin de les rendre compatibles avec les chiffres pour 2002 figurant au Tableau 1 de l'annexe, à l'aide du même système d'information, et peuvent différer des estimations de la mortalité des moins de cinq ans pour l'an 2000 publiées précédemment.

Taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est la probabilité (exprimée en taux pour 1000 naissances vivantes) du décès avant l'âge d'un an d'un enfant né une année déterminée si on lui applique les taux actuels de mortalité par âge.

Lorsque l'on utilise des enquêtes auprès des ménages, les estimations de la mortalité infantile sont obtenues directement (à l'aide des antécédents génésiques comme pour les enquêtes sanitaires et démographiques) ou indirectement (méthode de Brass). Lorsque l'on utilise les estimations indirectes, les estimations de la mortalité infantile doivent être compatibles avec les estimations de la mortalité des moins de cinq ans. Parmi les sources utilisées pour le calcul des taux de mortalité infantile dans les Etats Membres de l'OMS figurent les registres nationaux d'état civil, les enquêtes

démographiques et sanitaires, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples et les recensements nationaux (16).

Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

Les estimations de la couverture vaccinale sont généralement basées sur deux sources de données empiriques : les rapports sur les vaccinations effectués par les prestataires de services (données enregistrées systématiquement) et les enquêtes donnant des indications sur les antécédents vaccinaux des enfants (enquêtes sur la couverture). Pour les estimations basées sur des données recueillies systématiquement, la couverture vaccinale est obtenue en divisant le nombre total de vaccins administrés par le nombre d'enfants dans la population cible. Pour la plupart des vaccins, la population cible est le nombre national annuel de naissances ou le nombre de nourrissons survivants (selon la politique du pays considéré et le vaccin utilisé).

Pour les estimations basées sur des enquêtes concernant la couverture vaccinale, le dénominateur correspond aux enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux à l'époque de l'enquête ou avant l'âge de 12 mois.

La couverture de la vaccination antirougeoleuse pour 2001 est basée sur l'analyse par l'OMS et l'UNICEF d'informations sur la couverture tirées de registres administratifs, d'enquêtes, de rapports nationaux et de consultations avec des experts locaux et régionaux (47-49).

Taux de mortalité maternelle

La *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision* (CIM-10), définit comme suit la mort maternelle : décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite. Il n'est possible de mesurer la mortalité maternelle de façon fiable et rentable que s'il existe un système d'enregistrement complet des décès et des causes de décès. Dans les autres cas, il faut recourir à des méthodes d'enquête ou à la modélisation pour estimer les taux de mortalité maternelle. L'OMS recommande aux pays diverses méthodes de mesure qui varient en fonction de leur système d'enregistrement à l'état civil et de sa capacité à permettre une observation directe des décès maternels.

Pour les Etats Membres dotés d'un bon système d'enregistrement à l'état civil (couverture de 90 % et certification médicale des causes de décès), les registres d'état civil sont la principale source d'information pour le comptage direct des décès maternels sur une période donnée. Les erreurs de classification et de codage des décès maternels sont fréquentes, notamment lorsque la grossesse de la femme n'est pas mentionnée dans le certificat de décès. Il faut donc recourir à des méthodes d'ajustement pour obtenir une estimation plus exacte de la mortalité maternelle (décès maternels notifiés corrigés d'un coefficient d'ajustement agréé sur le plan national ou, à défaut, multipliés par 1,5).

Pour les Etats Membres dont les registres d'état civil sont incomplets mais qui estiment la mortalité maternelle à partir d'enquêtes en population, d'enquêtes démographiques et sanitaires et d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples, il convient d'utiliser une méthode basée sur la survie de fratries qui consiste à poser aux enquêtées des questions sur la survie de leurs sœurs adultes dans la période située aux alentours de leur grossesse et de leur accouchement.

Pour les Etats Membres qui ne disposent pas de données nationales fiables sur la mortalité maternelle, l'élaboration de modèles statistiques est la seule solution : L'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont mis au point des estimations basées sur de tels modèles. Un modèle statistique sert à évaluer la proportion des décès de femmes en âge de procréer du fait de causes maternelles et les estimations du nombre de décès maternels s'obtiennent alors en appliquant cette proportion au meilleur chiffre disponible pour le total des décès de femmes en âge de procréer, lequel est actuellement le chiffre global des décès de femmes corrigé du VIH établi par l'OMS.

Parmi les autres méthodes utilisées figurent l'analyse de tous les décès de femmes en âge de procréer (enquête sur la mortalité des femmes en âge de procréer (RAMOS)), les études longitudinales sur les femmes enceintes, les enquêtes répétées à grande échelle auprès des ménages et l'inclusion de rubriques en rapport avec la mortalité maternelle dans les recensements nationaux. Toutes ces méthodes dépendent cependant d'une notification exacte des décès de femmes enceintes et des causes du décès, laquelle est difficile à obtenir.

Des détails complets sur ces méthodes et sur les sources de données utilisées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP figurent dans une publication conjointe récente intitulée *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (14).

Pourcentage de naissances vivantes assistées par un personnel soignant qualifié

L'expression personnel soignant qualifié désigne exclusivement des personnes ayant des compétences dans le domaine de l'obstétrique (par exemple médecins, sages-femmes et infirmières) qui ont été formées de manière à maîtriser les techniques nécessaires pour assister un accouchement normal et pour diagnostiquer et éventuellement prendre en charge les complications obstétricales. Ce personnel doit être capable de suivre une grossesse et un accouchement normaux, de reconnaître les complications lorsqu'elles se présentent, d'effectuer les interventions essentielles, de commencer un traitement et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant pour les interventions dépassant les limites de sa compétence ou qu'il n'est pas possible d'entreprendre sur place. Les accoucheuses traditionnelles, spécialement formées ou pas, sont exclues de la catégorie du personnel soignant qualifié pour assister les accouchements.

Pour la plupart des pays, les principales sources d'information sur les accouchements assistés par un personnel qualifié sont les enquêtes auprès des ménages (14). Tandis que l'on s'attache à normaliser la définition de l'accoucheuse qualifiée, des questions se posent au sujet de la comparabilité de certains résultats obtenus dans différents pays ou dans un même pays à des époques différentes. Certes, l'OMS a défini les compétences spécifiques de l'accoucheuse qualifiée mais sans qu'aucun effort systématique n'ait été fait pour que les personnels classés sous cette appellation possèdent effectivement ces compétences. Dans certains contextes, les groupes de prestataires classés dans cette catégorie comprennent des personnes peu susceptibles d'avoir les compétences et l'expérience requises pour prendre en charge sans risque les complications de l'accouchement.

Parmi les questions qui se posent au sujet de la collecte des données sur les accouchements assistés par un personnel qualifié figurent :

- la mesure dans laquelle les enquêtés peuvent émettre un jugement valable sur les compétences de l'accoucheuse ;

- le risque de distorsion dû au fait que la plupart des enquêtes auprès des ménages portent sur les naissances vivantes des cinq années précédentes, ce qui les empêche de tenir compte de nombreuses issues sanitaires défavorables survenant de façon disproportionnée chez les femmes ayant subi des événements fâcheux tels qu'une mortinaissance ou une fausse couche ;
- le risque de surreprésentation des femmes ayant accouché à de brefs intervalles, car il est presque certain qu'elles présentent d'autres facteurs de risque d'une issue défavorable de la grossesse, tels qu'une parité élevée, un faible degré d'ins-truction et l'absence de contact avec d'autres services de santé, comme la plani-fication familiale. Les enquêtes doivent porter uniquement sur la naissance la plus récente dans la période considérée.

Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans

Cet indicateur mesure la proportion dans la population totale des personnes âgées de 15 à 49 ans qui sont infectées par le VIH. Il englobe les personnes ayant fait un SIDA mais pas celles qui ont succombé à la maladie. Des estimations de la prévalence du VIH ont été élaborées par l'ONUSIDA et l'OMS pour la plupart des Etats Membres, et elles sont revues périodiquement pour tenir compte de nouvelles données et du perfectionnement des méthodes (7, 8, 50). Pour la dernière série d'estimations, on a utilisé deux types de modèle selon la nature de l'épidémie dans le pays considéré. Dans le cas d'épidémies généralisées au cours desquelles l'infection se propage essentiellement par voie hétérosexuelle, on s'est servi d'un modèle épidémiologique simple pour estimer les courbes épidémiologiques sur la base d'informations sur la séroprévalence du VIH tirées d'une surveillance par réseau sentinelle. Pour les pays dans lesquels l'épidémie sévit principalement dans des groupes à haut risque, les estimations de la prévalence sont déduites de données sur la taille estimative de la population concernée et sur la surveillance de la prévalence dans chaque catégorie à risque.

Les chiffres de la prévalence du VIH indiqués pour 2000 ont été révisés à partir de données précédemment publiées de manière à tenir compte des nouvelles informations et sont conformes aux dernières estimations des prévalences pour 2003 établies par l'ONUSIDA et l'OMS.

Pour un petit nombre de pays où des estimations de la prévalence des cas VIH-positifs (y compris des cas de SIDA) ne peuvent être obtenues directement, on a multiplié les estimations de la prévalence régionale par le rapport de la mortalité par VIH nationale à la mortalité par VIH régionale. Etant donné que différents pays peuvent se trouver à différentes phases d'évolution de l'épidémie, la relation entre la prévalence et la mortalité peut varier d'un pays à l'autre.

Taux de mortalité par paludisme

La mortalité par paludisme ne peut pas être suivie systématiquement dans la plupart des pays africains où le paludisme est endémique, car bien peu d'entre eux disposent d'un système permettant de la mesurer avec exactitude. Les signes et symptômes du paludisme (comme la fièvre ou les convulsions) ne sont pas spécifiques et se confondent avec ceux d'autres maladies de sorte que les méthodes d'autopsie verbale n'ont qu'une sensibilité et une spécificité réduites dans le cas du paludisme. Etant donné que ce dernier peut accroître la vulnérabilité des jeunes enfants à d'autres infections, de nombreux décès d'enfants risquent d'être liés au paludisme et non directement imputables à cette maladie. En outre, une majorité de décès ne surviennent pas à

l'hôpital et ne sont pas systématiquement enregistrés par le système d'information sanitaire ; ils risquent donc fort de ne pas être pris en compte dans des registres d'état civil qui sont généralement incomplets.

Les estimations de la mortalité par paludisme pour toutes les Régions à l'exception de la Région africaine sont tirées des sources de données sur les causes de décès décrites plus haut dans les notes sur le Tableau 2 de l'annexe. Pour l'Afrique, les estimations de la mortalité due au paludisme par pays sont basées sur les analyses de Snow et al. (13) qui ont été actualisées à l'aide d'une cartographie des plus récentes distributions géographiques du risque de paludisme en Afrique ainsi que de l'information disponible sur les taux globaux de mortalité juvénile et sur les contributions d'autres causes particulières. On travaille actuellement en collaboration avec des groupes d'experts pour affiner et corriger ces estimations par pays de la mortalité due au paludisme.

Prévalence de la tuberculose (à l'exclusion des cas d'infection à VIH)

En 1997, l'OMS a commencé à établir des estimations par pays de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité due à cette maladie. Les sources de données et les méthodes utilisées sont décrites en détail ailleurs (6). On se contentera de préciser ici que les estimations de l'incidence sont tirées de notifications des cas corrigées des taux estimatifs de dépistage, de données sur la prévalence de la maladie évolutive associées à des estimations des durées moyennes des cas ou d'estimations du risque d'infection multipliées par un coefficient d'ajustement rapportant l'incidence de la tuberculose pulmonaire à frottis positif au risque annuel d'infection.

Depuis l'élaboration des estimations initiales pour 1997, celles-ci ont été révisées et actualisées. La majorité des pays qui adressent des notifications à l'OMS ont communiqué des données accompagnées de tendances interprétables mais sans aucune autre indication sur toute évolution notable des taux de détection des cas. C'est pourquoi on a supposé que, pour la plupart des pays à l'exception de ceux où les taux de détection des cas ont manifestement changé, les tendances des taux de notification correspondent aux tendances des taux d'incidence. Les rapports annuels sur la lutte antituberculeuse comportent d'autres détails sur les méthodes de surveillance, les notifications des cas et les estimations de l'incidence par pays (51).

Les cas de tuberculose comprennent toutes les personnes chez qui une tuberculose a été confirmée par des méthodes bactériologiques ou diagnostiquée par un clinicien : *cas avérés* (culture positive de *Myctobacterium tuberculosis*), *cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif*, *cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif avec manifestations cliniques*, *tuberculose extrapulmonaire* et *cas de rechute* (précédemment déclarés guéris avec apparition d'un nouvel épisode).

Les taux de prévalence de la tuberculose mentionnés ici concernent toutes les formes de tuberculose, à l'exception des cas où le patient est VIH-positif. Conformément aux règles de la Classification internationale des Maladies, le VIH est classé comme la cause initiale de la morbidité ou du décès chez les personnes VIH-positives atteintes de tuberculose. Bien que des taux globaux de la prévalence de la tuberculose comprenant des cas de tuberculose associée au VIH aient été pris en compte ailleurs pour cet indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement, le Tableau 7 de l'annexe indique la prévalence des cas de tuberculose non associés à une infection à VIH dans un souci de compatibilité avec l'indicateur de la mortalité par tuberculose. On estime que la prévalence totale de la tuberculose s'élevait en l'an 2000 à environ 8 millions de

cas ; en outre, 700 000 personnes VIH-positives étaient atteintes de cette maladie.

On a estimé la prévalence de toutes les formes de tuberculose (à l'exclusion des cas VIH-positifs) pour 2000 en multipliant l'incidence estimative par la durée estimative. Les estimations de la durée par pays ont été pondérées en fonction de la proportion des cas traités et de la proportion des cas à frottis positif. Cette prévalence peut différer des chiffres précédemment publiés pour 2000, car elle a été actualisée à la lumière de nouvelles données en provenance des Etats Membres. Pour les Etats Membres où des statistiques d'état civil ont servi à évaluer la mortalité par tuberculose, on a revu les estimations concernant l'incidence et la prévalence pour les rendre compatibles avec la mortalité estimative, les taux de létalité estimatifs chez les cas traités et non traités et la proportion de cas incidents traités.

Taux de mortalité par tuberculose

Le taux de mortalité par tuberculose est estimé à partir de l'incidence en multipliant celle-ci par le taux de létalité estimatif pondéré en fonction de la proportion des cas traités et de la proportion des cas à frottis positifs (6, 51). Les décès par tuberculose d'individus VIH-positifs sont exclus et attribués au VIH/SIDA. Pour les Etats Membres disposant de registres de décès d'assez bonne qualité ou relativement complets, les taux de mortalité sont tirés de l'observation directe et du comptage des décès par tuberculose enregistrés. Ces taux de mortalité peuvent différer des chiffres précédemment publiés pour l'an 2000, car ils ont été actualisés afin de tenir compte de nouvelles données en provenance des Etats Membres.

Proportions des cas de tuberculose à frottis positif détectés et traités avec succès à l'aide de la méthode DOTS.

La méthode recommandée pour la lutte antituberculeuse est la stratégie DOTS, procédé peu coûteux qui pourrait permettre d'éviter des millions de cas et de décès dans les années à venir. Il s'agit d'une stratégie de la lutte antituberculeuse s'articulant autour des cinq éléments suivants : i) engagement suivi de l'Etat ; ii) détection des cas par examen microscopique des frottis d'expectoration chez les sujets symptomatiques ; iii) approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments de haute qualité ; iv) traitement de six à huit mois sous surveillance régulière (y compris l'observation directe de la prise des médicaments pendant au moins les deux premiers mois) ; v) systèmes de notification pour contrôler l'évolution du traitement et la performance du programme.

Le succès de la stratégie DOTS dépend de la mesure dans laquelle on parvient à étendre le dépistage tout en obtenant des taux de guérison élevés. Ces deux indicateurs reflètent les deux principales cibles nationales de la stratégie dans chacun des pays où elle est mise en œuvre, à savoir : un taux de succès thérapeutique de 85 % et un taux de dépistage des cas de 70 %. Un grand nombre des 155 programmes nationaux DOTS qui existaient à la fin de 2001 se sont montrés capables d'obtenir des taux de succès thérapeutique élevés, proches de la cible de 85 % ou même la dépassant. Le taux de succès thérapeutique mondial moyen des programmes DOTS a atteint 82 % de la cohorte de patients enregistrés en 2000, mais les taux de guérison sont moins élevés et les taux de décès supérieurs dans les cas de pharmacorésistance fréquente ou de prévalence du VIH élevée.

Ces indicateurs sont établis à partir des notifications par les pays des cas détectés et traités avec succès (51). Le *taux de détection de DOTS* est le pourcentage de nouveaux cas estimatifs de tuberculose infectieuse détectés au moyen de la stratégie DOTS de

dépistage et de traitement des cas. Les notifications de cas ne représentent qu'une fraction du nombre réel de cas survenant dans un pays en raison d'une couverture incomplète des services de santé, d'erreurs de diagnostic ou de lacunes de l'enregistrement et de la notification.

Le *taux de succès thérapeutique de DOTS* est le pourcentage de nouveaux cas à frottis positif (infectieux) enregistrés qui ont été guéris (la guérison étant considérée comme la conversion bactériologique d'un cas positif en cas négatif) ou chez qui un traitement DOTS a été mené à son terme. Ainsi, les cas « traités avec succès » sont la somme des cas « guéris » et des cas « ayant achevé un traitement complet ». L'OMS recueille systématiquement des données sur les six issues standards du traitement qui s'excluent mutuellement. Les chiffres sont donnés en pourcentage de l'ensemble des cas enregistrés, de manière que les six issues possibles augmentées de la fraction de cas non évalués atteignent 100 %. Bien que le succès thérapeutique s'exprime sous la forme d'un pourcentage, on le dénomme généralement « taux de succès thérapeutique ».

Pourcentage de la population utilisant des combustibles solides

Les combustibles solides comprennent des biocarburants comme le bois, les résidus agricoles, la bouse, le charbon de bois et le charbon minéral. Dans de nombreux pays où une forte proportion de la population fait cuire les aliments avec des combustibles solides, des données sur l'énergie domestique sont largement, mais pas universellement, disponibles. C'est le cas d'environ 60 pays. Pour les pays ne disposant d'aucune donnée, l'OMS a mis au point un modèle statistique permettant de prédire l'utilisation domestique des combustibles solides à l'aide de paramètres en rapport avec le développement. A mesure que le pays se développe, les habitants passent progressivement des combustibles solides à des formes d'énergie plus propres.

Pour l'élaboration du modèle, on a expérimenté toute une série d'indicateurs du développement, notamment le taux de croissance annuel moyen, la consommation d'électricité et de pétrole par habitant, le coefficient de Gini, la production de bois de chauffage et l'usage de combustibles traditionnels au niveau national. Etant donné que l'utilisation de données sur l'usage de combustibles traditionnels au niveau national donne des résultats similaires à celle du produit national brut (PNB) par habitant, mais que le PNB par habitant est plus fiable, recueilli de façon plus systématique et plus largement disponible, le modèle utilise le PNB par habitant de préférence à l'usage de combustibles traditionnels. Le modèle final englobe le pourcentage de la population rurale, l'appartenance éventuelle à la Région OMS de la Méditerranée orientale (jugée importante car synonyme de production pétrolière), le PNB par habitant (sous forme logarithmique) et la consommation de pétrole par habitant (52). Cette composition est compatible avec la théorie selon laquelle l'utilisation de combustibles domestiques solides s'abaisse à mesure que le développement économique et l'urbanisation augmentent.

Pourcentage de la population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée

Le recensement de la population ayant accès à une source d'eau appropriée s'est révélé problématique en raison de la fréquente pénurie de données lorsque les estimations sont faites par les prestataires de services. L'OMS et l'UNICEF ont donc maintenant recours à une information basée sur les consommateurs pour estimer la couverture des services d'alimentation en eau et d'assainissement (53). Pour la

collecte des données, on utilise deux sources principales : les enquêtes auprès des ménages et les questionnaires d'évaluation (pour compléter les données des enquêtes ou pour une estimation en cas d'absence de données d'enquête). On obtient ainsi un tableau beaucoup plus détaillé des techniques d'approvisionnement en eau utilisées. On recueille aussi des informations sur l'utilisation et le détail des installations d'approvisionnement en eau construites par des particuliers, installations dont les prestataires de services peuvent ignorer l'existence.

Les enquêtes en population ne donnent pas d'information précise sur l'adéquation des installations d'approvisionnement en eau. Considérant que des types de technologie sont plus sûrs que d'autres et que certains ne peuvent pas être considérés comme assurant une « couverture », on a remplacé la notion d'eau potable par celle d'installation améliorée. La population ayant accès à un approvisionnement en eau amélioré est considérée comme « couverte ». Pour être qualifiée d'« améliorée », une source d'eau doit pouvoir fournir 20 litres par jour et par habitant et se trouver à une distance de l'usager ne dépassant pas 1000 mètres. Sont considérées comme améliorant l'approvisionnement en eau les technologies suivantes : branchement particulier, borne-fontaine, forage, puits couvert, source couverte et collecteur d'eau de pluie.

Pourcentage de la population urbaine ayant accès à un assainissement amélioré

Le contrôle de l'accès à un dispositif d'assainissement adéquat s'est révélé difficile pour les mêmes raisons que celui des sources d'eau. L'OMS et l'UNICEF ont maintenant recours à une information basée sur les consommateurs pour estimer la couverture de l'assainissement en s'appuyant sur des enquêtes auprès des ménages et des questionnaires d'évaluation (pour compléter les données d'enquête ou, en l'absence de ces dernières, permettre une estimation) concernant les deux principales sources (53). Ainsi peut-on obtenir un tableau plus détaillé des techniques d'assainissement utilisées. On peut aussi recueillir des informations sur l'utilisation et le détail des installations construites par des particuliers, installations dont les prestataires de services peuvent ignorer l'existence.

Comme pour l'accès à un approvisionnement en eau amélioré, les enquêtes en population ne donnent pas d'information précise sur l'adéquation des moyens d'assainissement. Considérant que des types de technologie sont préférables à d'autres et que certains ne peuvent pas être considérés comme assurant une « couverture », on a remplacé le terme « suffisants » par « améliorés ». Les technologies suivantes sont considérées comme améliorant l'assainissement : raccordement à un égout public, raccordement à une fosse septique, latrines à chasse d'eau, simples fosses d'aisances et latrines améliorées à fosse autoventilée.

Bibliographie

1. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson BD, Salomon JA, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. *International database*. Washington, D. C., United States Census Bureau (<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>, consulté le 23 février 2004).
3. *World population prospects – the 2002 revision*. New York, Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies, 2003.
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Salomon JA, Mathers CD, Murray CJL, Ferguson B. *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (GPE Discussion Paper No. 10; <http://www.who.int/evidence>, consulté le 23 février 2004).
6. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione M. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*, 2002, 282:677–686.
7. UNAIDS Reference Group on Estimates Modelling and Projections. Improved methods and assumptions for estimation and projection of HIV/AIDS epidemics. *AIDS*, 2002, 16:1–16.
8. ONUSIDA/OMS. *Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2003*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé, 2003.
9. Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Gouws E, Shibuya K. Diarrhoea mortality in under-fives in the developing world. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
10. Stein C, Birmingham M, Kurian M, Duclos P, Strebel P. The global burden of measles in the year 2000 – a model that uses country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1):S8–S14.
11. Crowcroft NS, Stein C, Duclos P, Birmingham M. How to best estimate the global burden of pertussis? *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:413–418.
12. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet*, 2002, 2:25–32.
13. Snow RW, Craig M, Deichmann U, Marsh K. Evaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2000, 2: 64–80.
14. Abouzahr C, Wardlaw T. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. (http://www.stage/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/index.html, consulté le 25 février 2004).
15. Mathers CD, Shibuya K, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: I. Application of regional cancer survival model to estimate cancer mortality distribution by site. *BMC Cancer*, 2002, 2:36.
16. Mathers CD, Bernard C, Iburg K, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54; <http://www.who.int/evidence>, consulté le 23 février 2004).
17. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale], 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
18. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review*, 2002, 28:205–228.
19. Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (GPE Discussion Paper No. 12).
20. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD. Examen critique des mesures synthétiques de l'état de santé des populations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2001, 4: 166–179.

21. Murray CJL, Mathers CD, Salomon JA, Lopez AD. Health gaps: an overview and critical appraisal. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://www.who.int/pub/smhp/en/index.html>, consulté le 23 février 2004).
22. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 2001, 357:1685–1691.
23. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Lopez AD et al. Healthy life expectancy: comparison of OECD countries in 2001. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2003, 27:5–11.
24. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Moesgaard-Iburg K. Comparative analysis of more than 50 household surveys of health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://www.who.int/pub/smhp/en/index.html>, consulté le 23 février 2004).
25. King G, Murray CJL, Salomon JA, Tandon A. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. *American Political Science Review*, 2003, 93:567–583.
26. Ustun TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Çelik C, Sadana R et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness, 2000–2001. In: Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, consulté le 23 février 2004).
27. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
28. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA. Methods for measuring healthy life expectancy. In: Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, consulté le 23 février 2004).
29. Salomon JA, Murray CJL, Ustun TB, Chatterji S. Health state valuations in summary measures of population health. In: Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, consulté le 23 février 2004).
30. Anand S, Ammar W, Evans T, Hasegawa T, Kissimova-Skarbek K, Langer A et al. Report on the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. In: Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debate, methods and empiricism*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, consulté le 23 février 2004).
31. OMS/Banque mondiale/AID des Etats-Unis d'Amérique. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>, consulté le 23 février 2004).
32. *Systèmes de comptes de la santé*. Paris, Organisation de Coopération et de développement économiques, 2000.
33. OCDE/FMI/Banque mondiale/Nations Unies/Eurostat. *Système de comptabilité nationale (SCN) 1993*. New York, Nations Unies, 1994.
34. *Government finance statistics yearbook, 2002*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2002.
35. *International financial statistics yearbook, 2003*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2003.
36. *International Financial Statistics*, September 2003. Washington, D. C., Fond monétaire international.
37. *Key indicators 2002*. Manila, Banque asiatique de Développement, 2002.
38. *Données OCDE sur la santé 2003*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2003.
39. *Statistiques sur le développement international* [CD-ROM]. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, Comité d'Aide au Développement, 2003.
40. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000*. New York, Nations Unies, 2002.
41. *Comptes nationaux des pays de l'OCDE : Tableaux détaillés 1990/2001. Edition 2003, Volume II*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2003.
42. *Southeast Asian Medical Information Center health statistics 2002*. Tokyo, The International Medical Foundation of Japan, 2003.
43. *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire*. New York, Nations Unies, 2002 (Document de l'Assemblée générale des Nations Unies A56/326).
44. *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un Comité OMS d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 854).
45. OMS. Département Nutrition pour la santé et le développement. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition (www.who.int/nutgrowthdb, consulté le 23 février 2004).
46. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
47. UNICEF. *UNICEF statistics: routine immunization* (<http://www.childinfo.org/eddb/immuni/index.htm>, consulté le 23 février 2004).
48. OMS/UNICEF. *WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage* (http://www.who.int/vaccines-surveillance/WHOUNICEF_Coverage_Review/, consulté le 23 février 2004).
49. WHO. *Vaccines, immunizations and biologicals* (<http://www.who.int/vaccines-surveillance/DataInfo.htm>, consulté le 23 février 2004).
50. VIH/SIDA. Surveillance épidémiologique. Mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS 2002. Harare, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2003.
51. *WHO report 2003: global tuberculosis control. Surveillance, planning and financing*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.316).
52. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002.
53. OMS/UNICEF. *Rapport sur l'évaluation de la situation mondiale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en 2000*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ; Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.