

Guinée

Fiche d'information des Statistiques sanitaires 2010



Figure 1 : La Guinée et ses pays limitrophes

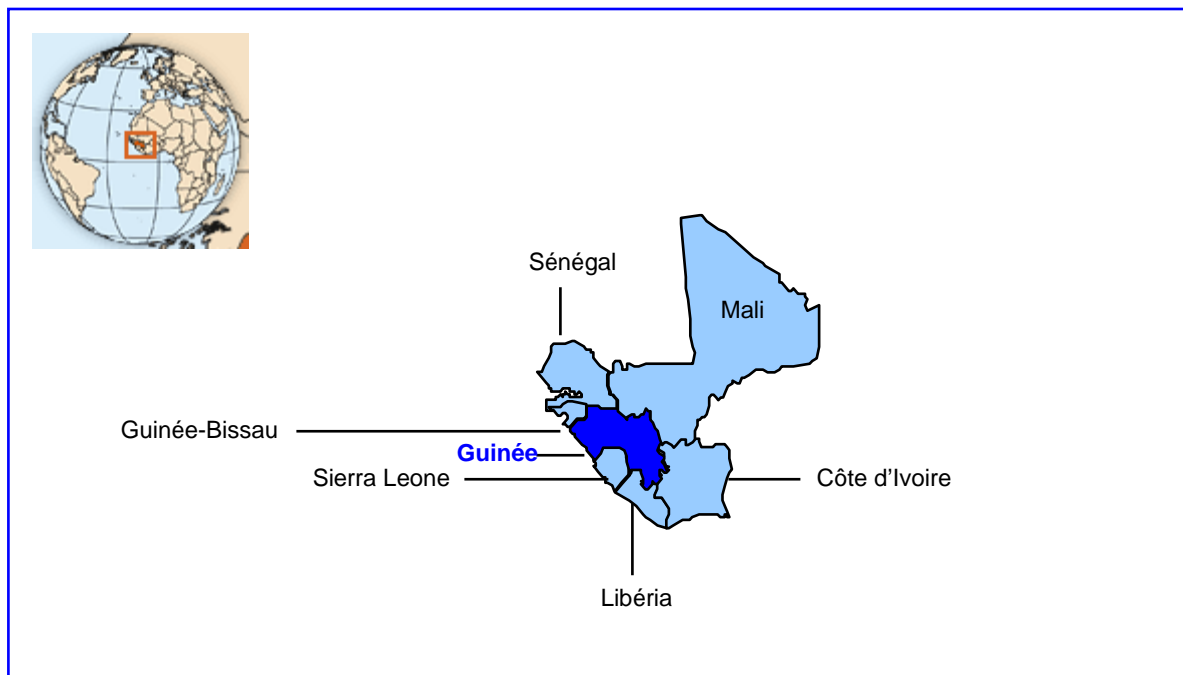
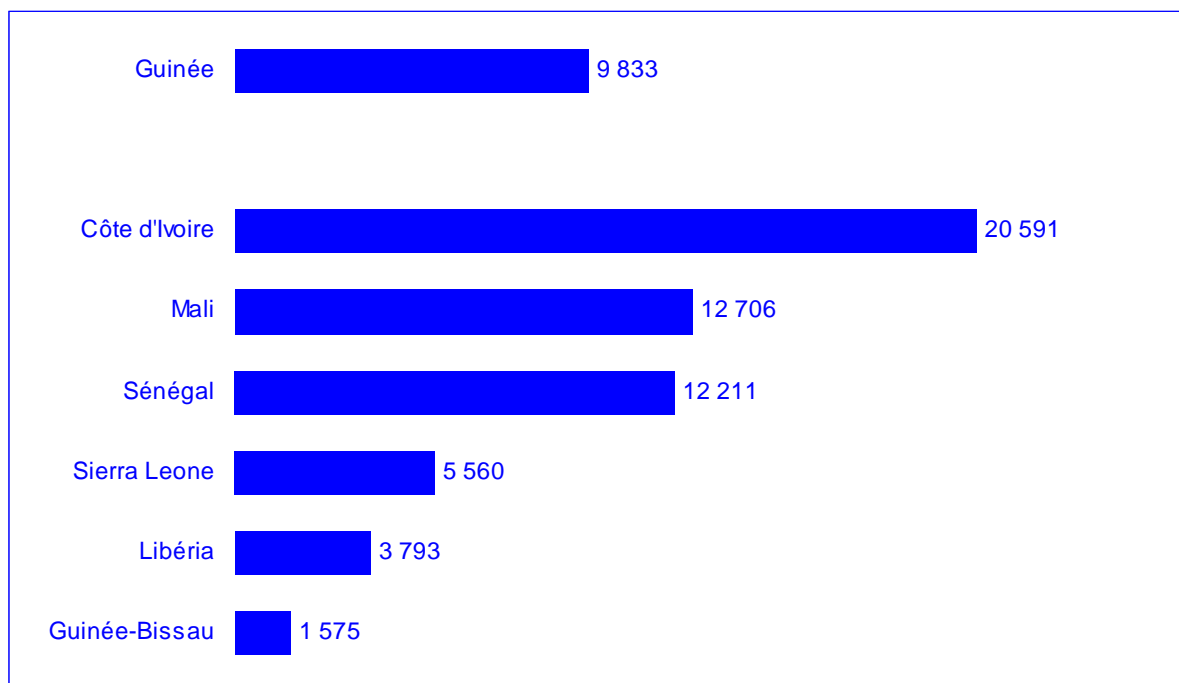


Figure 2 : Taille de la population (en milliers), en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008



1. Etat de santé

Espérance de vie

Figure 3 : Espérance de vie à la naissance¹ en années, en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990

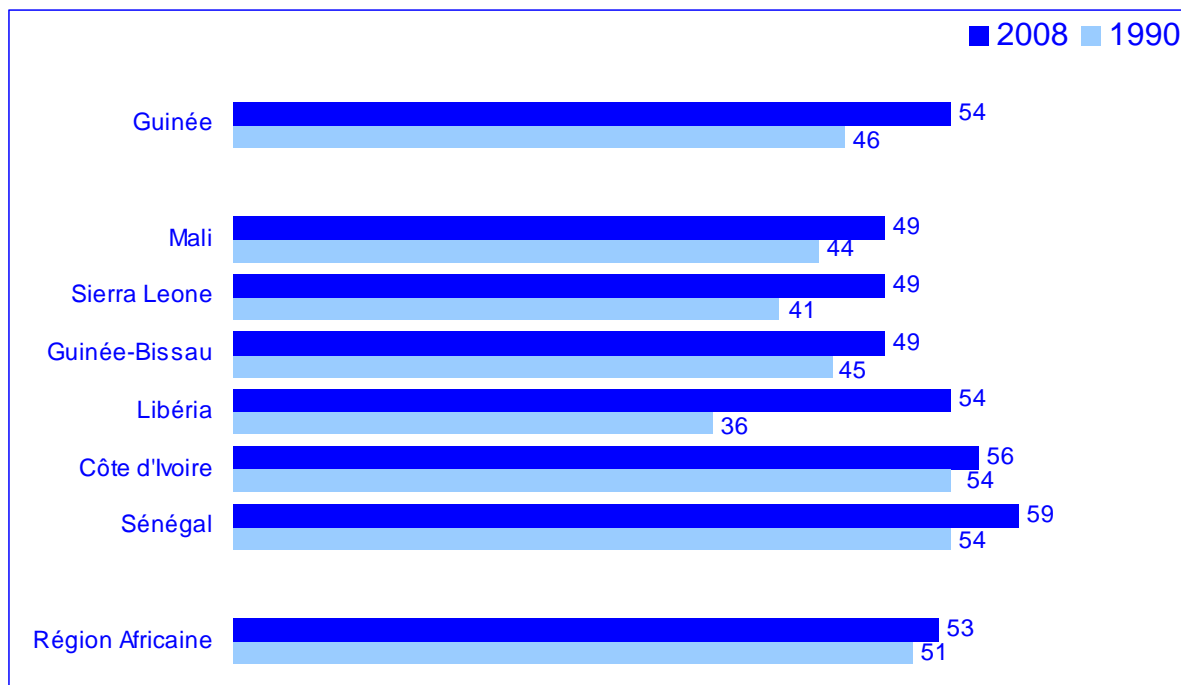
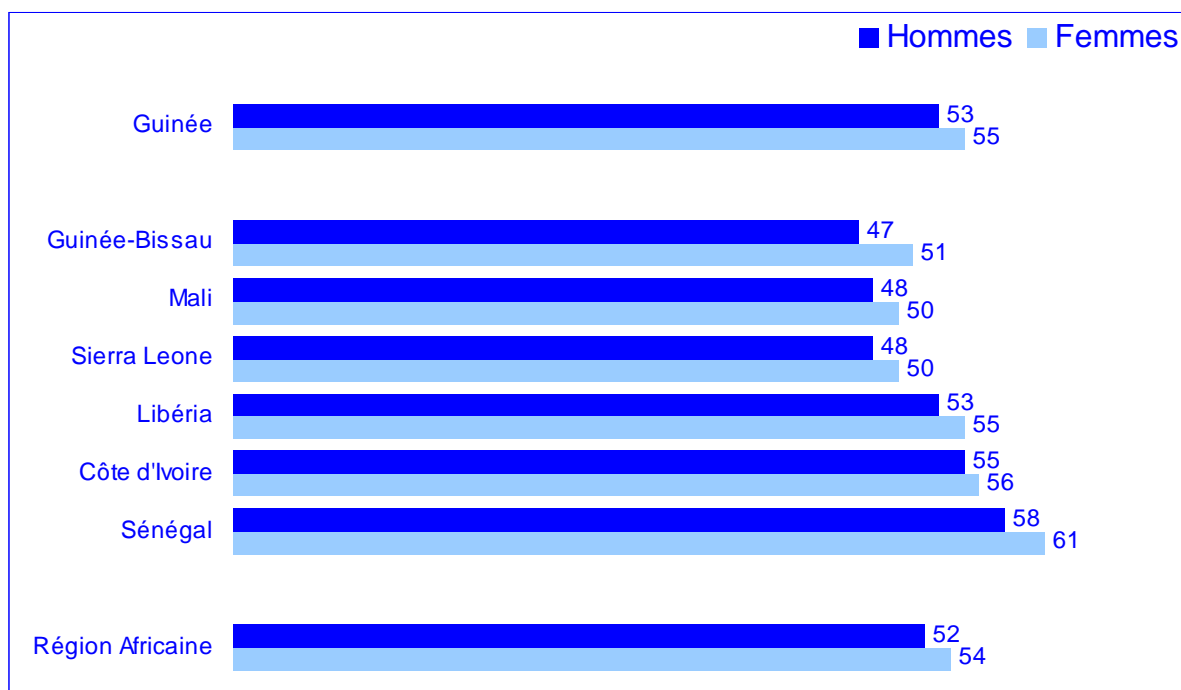
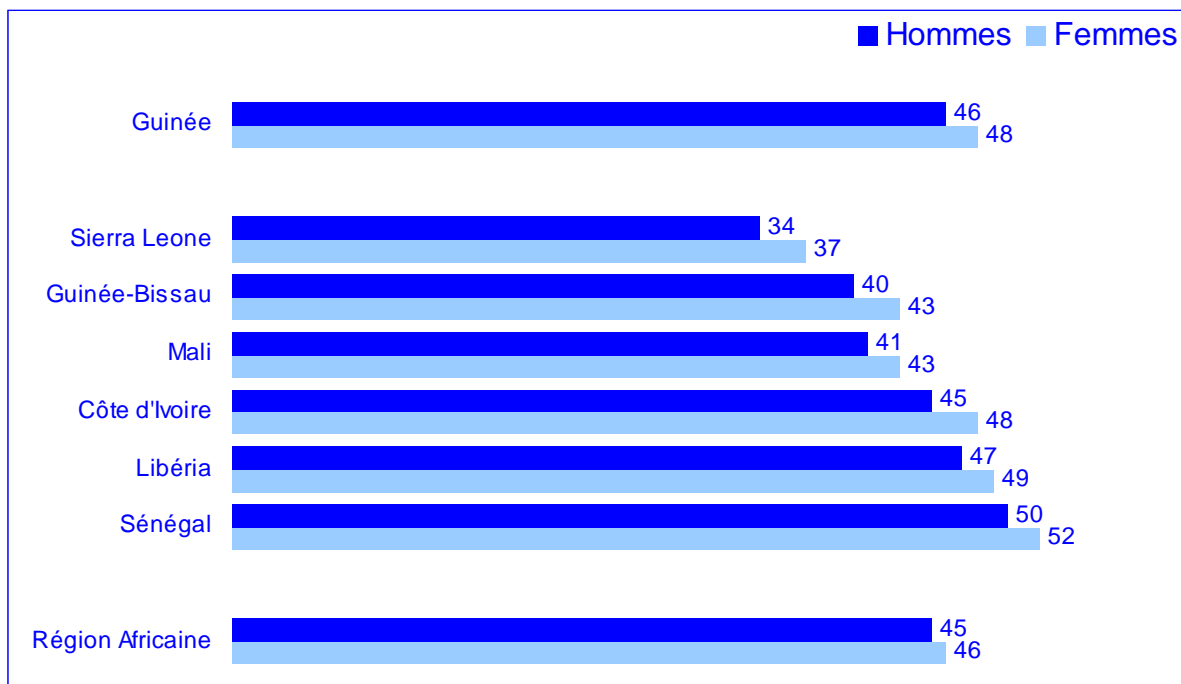


Figure 4 : Espérance de vie à la naissance en années en Guinée et dans les pays limitrophes, par sexe, 2008



¹ Définition: Nombre moyen d'années qu'un nouveau-né est censé vivre si les taux de mortalité actuels continuent à s'appliquer

Figure 5 : Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années, en Guinée et dans les pays limitrophes, par sexe, 2007



Mortalité

Figure 6 : Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008.

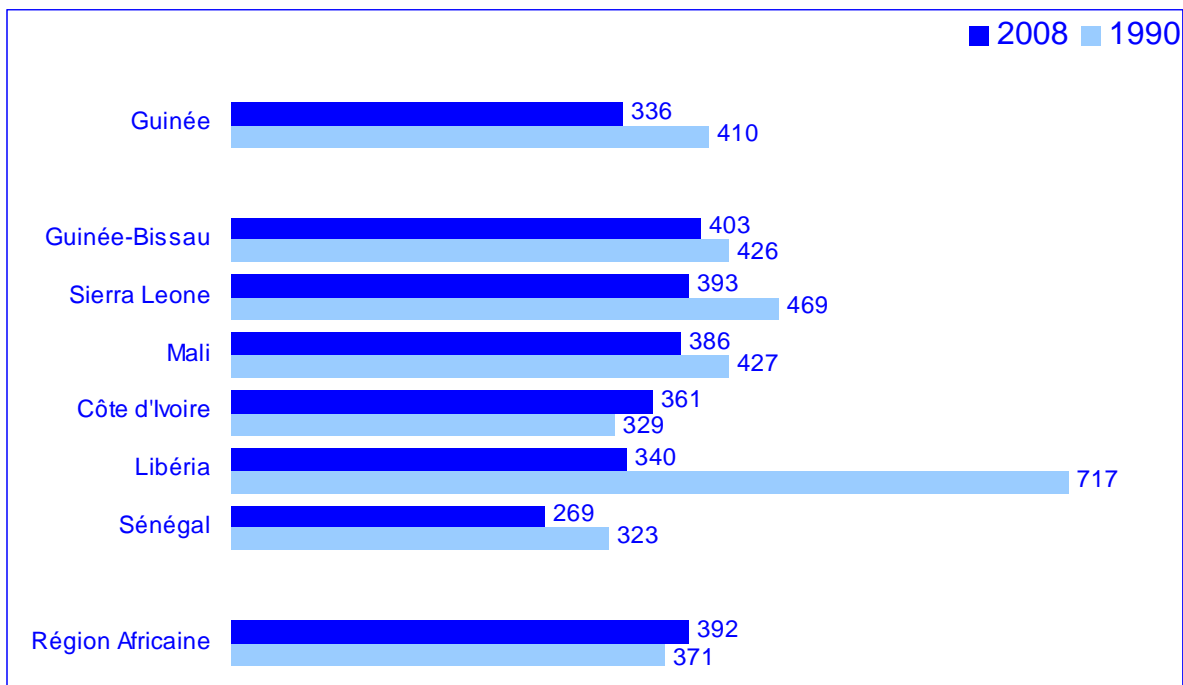


Figure 7 : Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants en Guinée et dans les pays limitrophes, par sexe, 2008

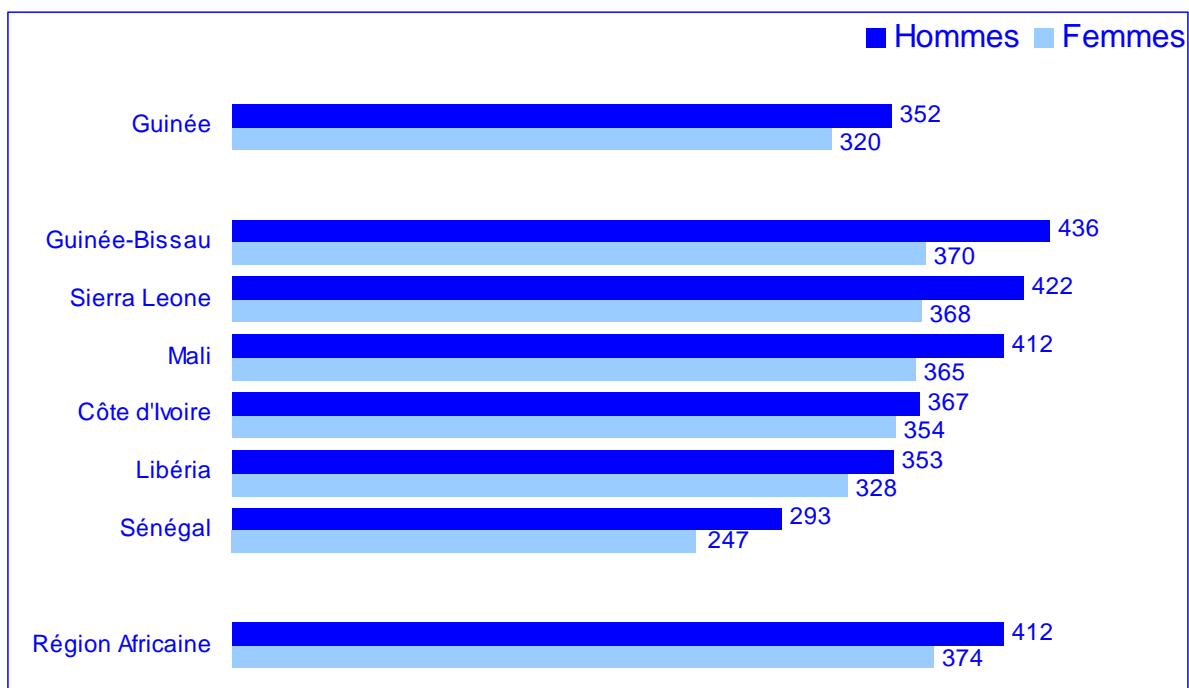
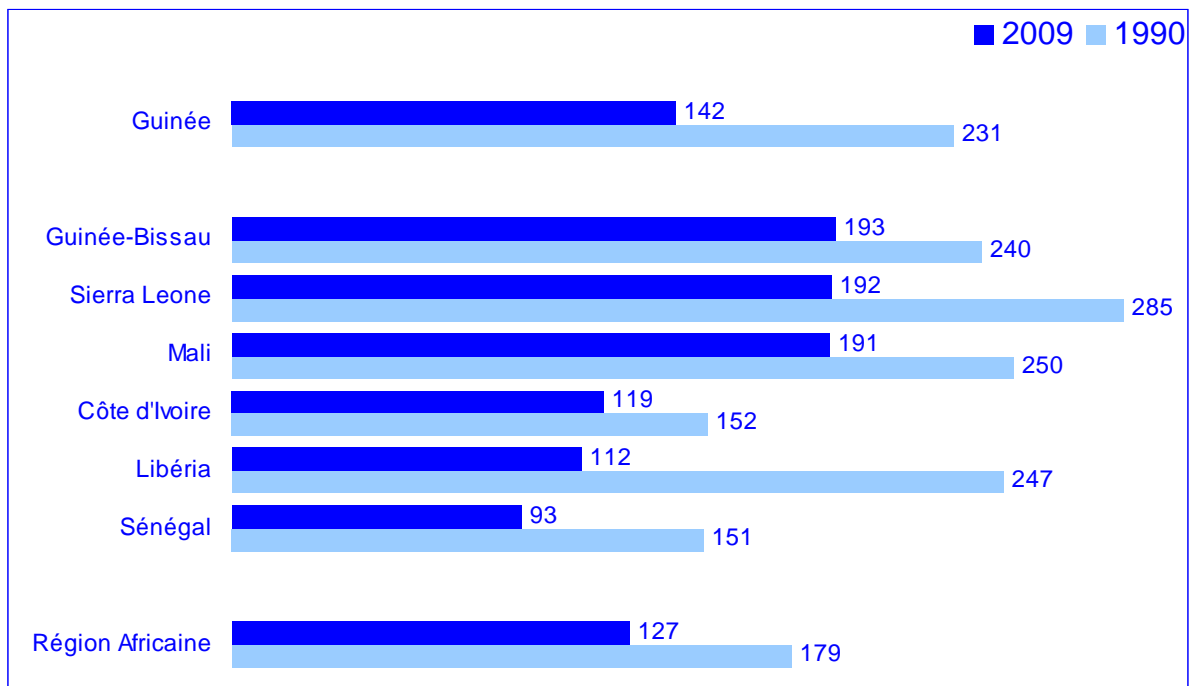
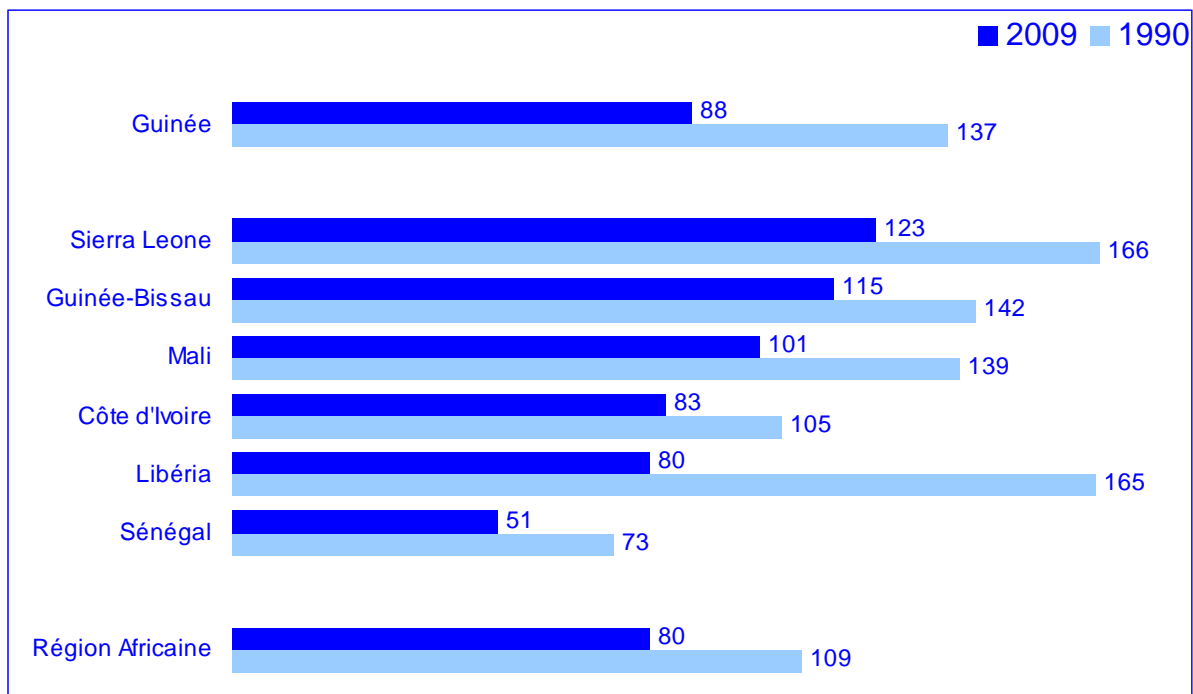


Figure 8 : Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1.000 naissances vivantes en Guinée et dans les pays limitrophes, 2009 et 1990.



Source: IGME 2009 Estimates

Figure 9 : Taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes en Guinée et dans les pays limitrophes, 2009 et 1990



Source: IGME 2009 Estimates

Figure 10 : Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans en Guinée, en pourcentage, 2008

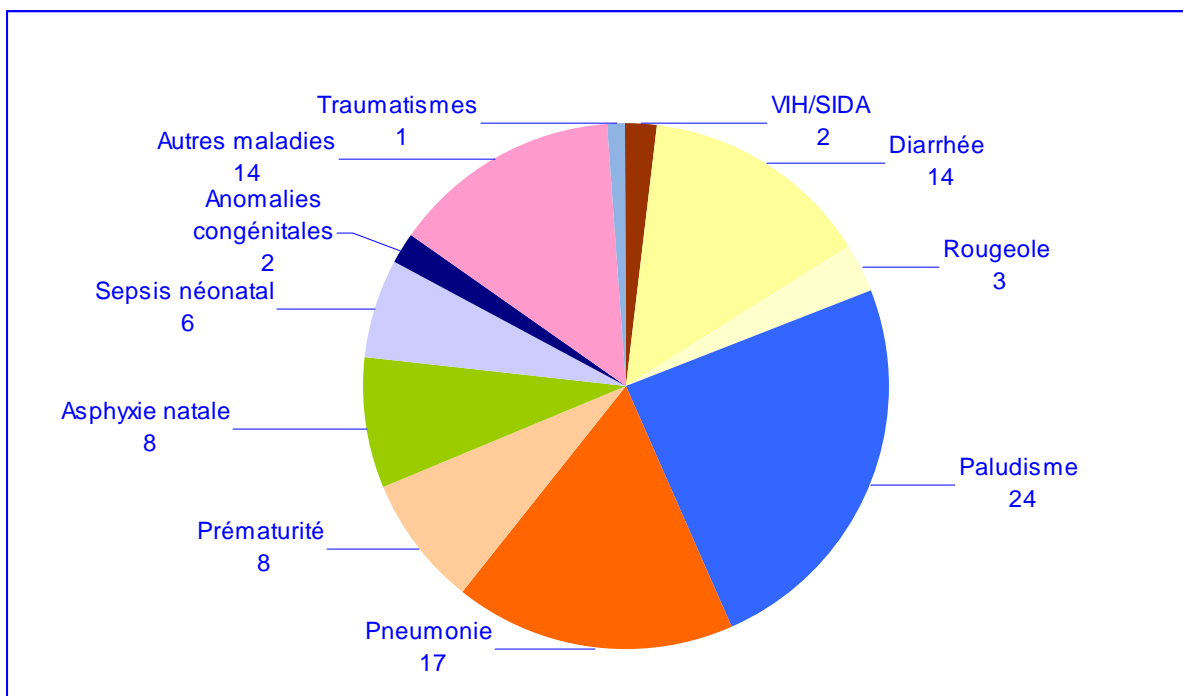
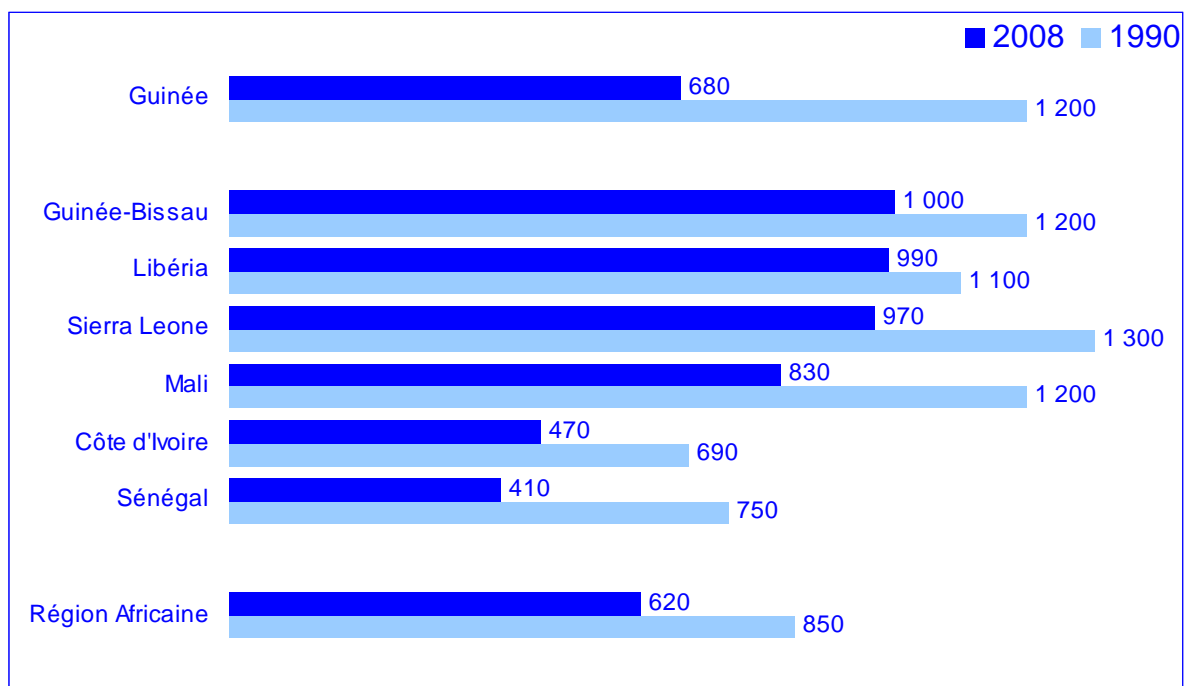


Figure 11: Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990



Source: IGME 2009 Estimates

Charge de morbidité

Figure 12 : Distribution de la charge de morbidité en pourcentage des AVCI totales par groupe de causes en Guinée et dans les pays limitrophes, 2004

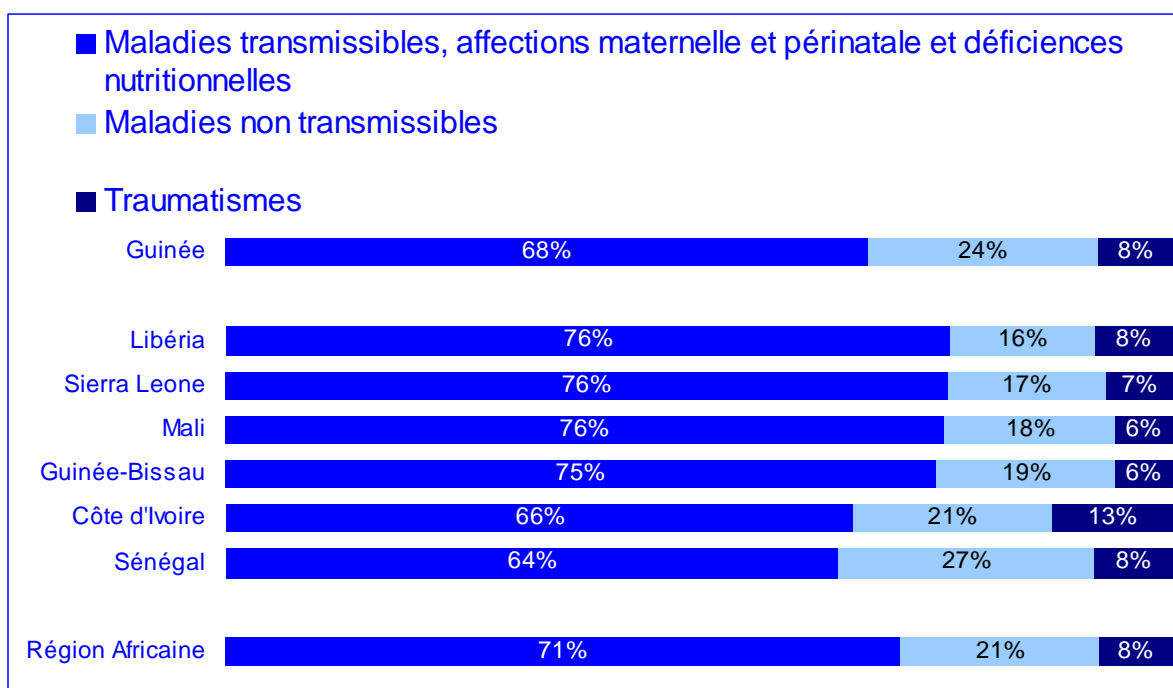
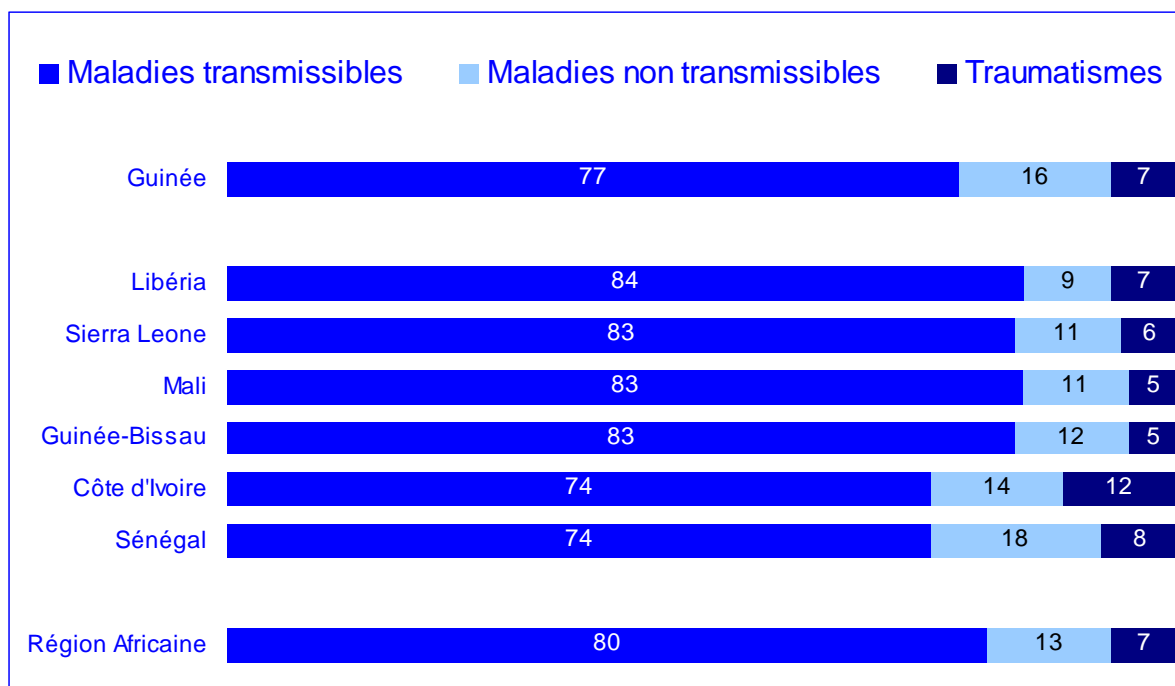


Figure 13 : Distribution des années de vie perdues par groupe de causes en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2004



2. Le système de santé

Financement de la santé

Figure 14 : Dépenses publiques de santé par habitant (PPA int. \$) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

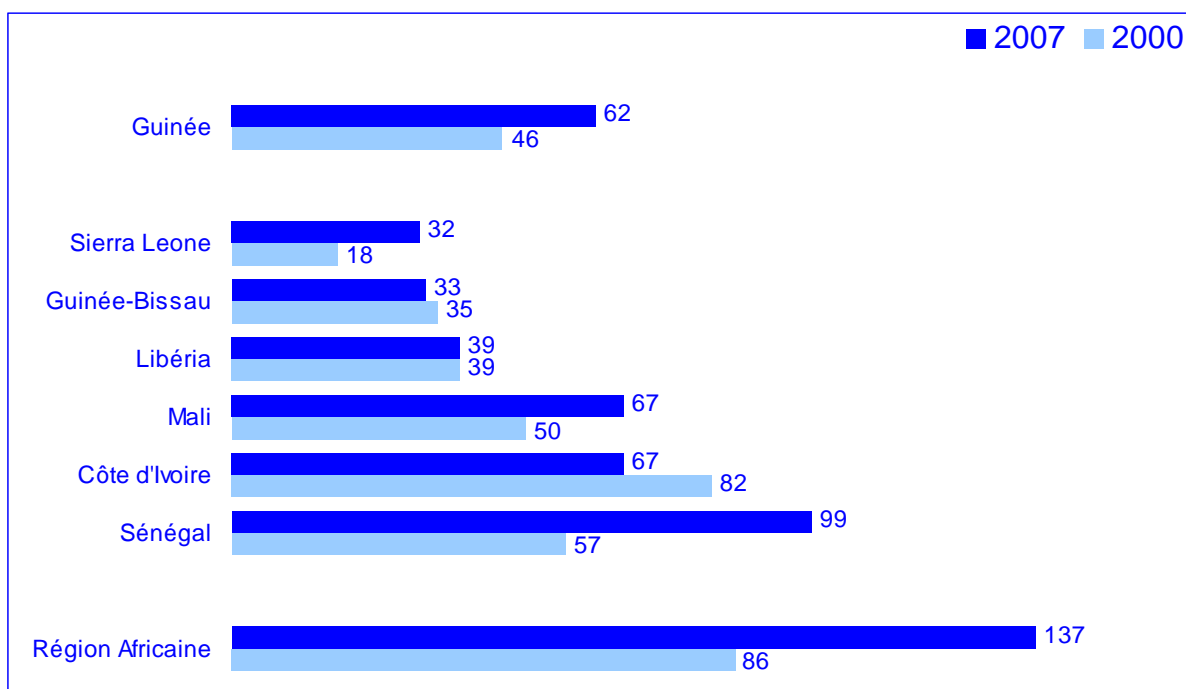


Figure 15 : Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

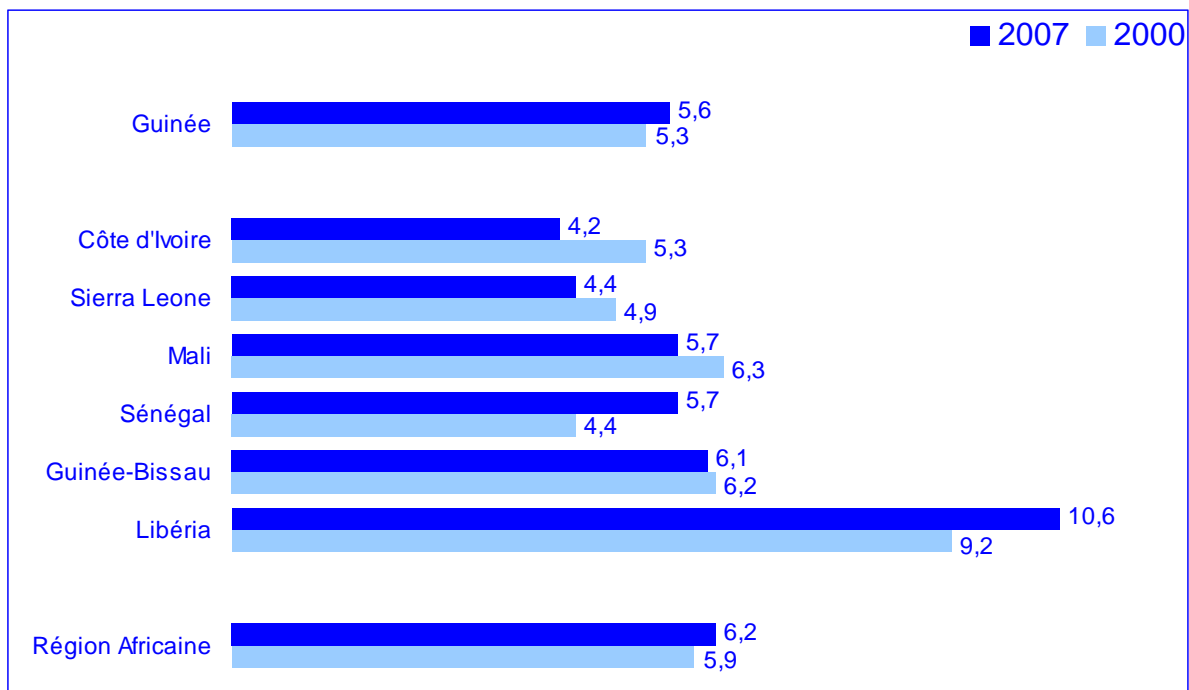


Figure 16 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

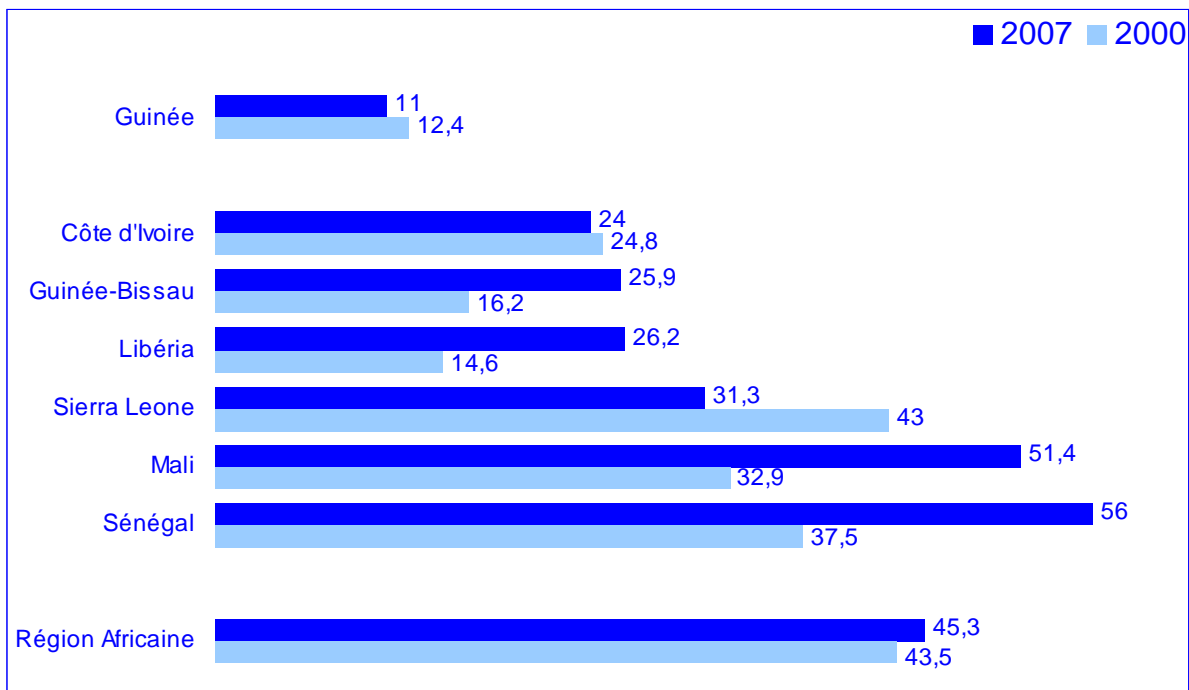


Figure 17 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

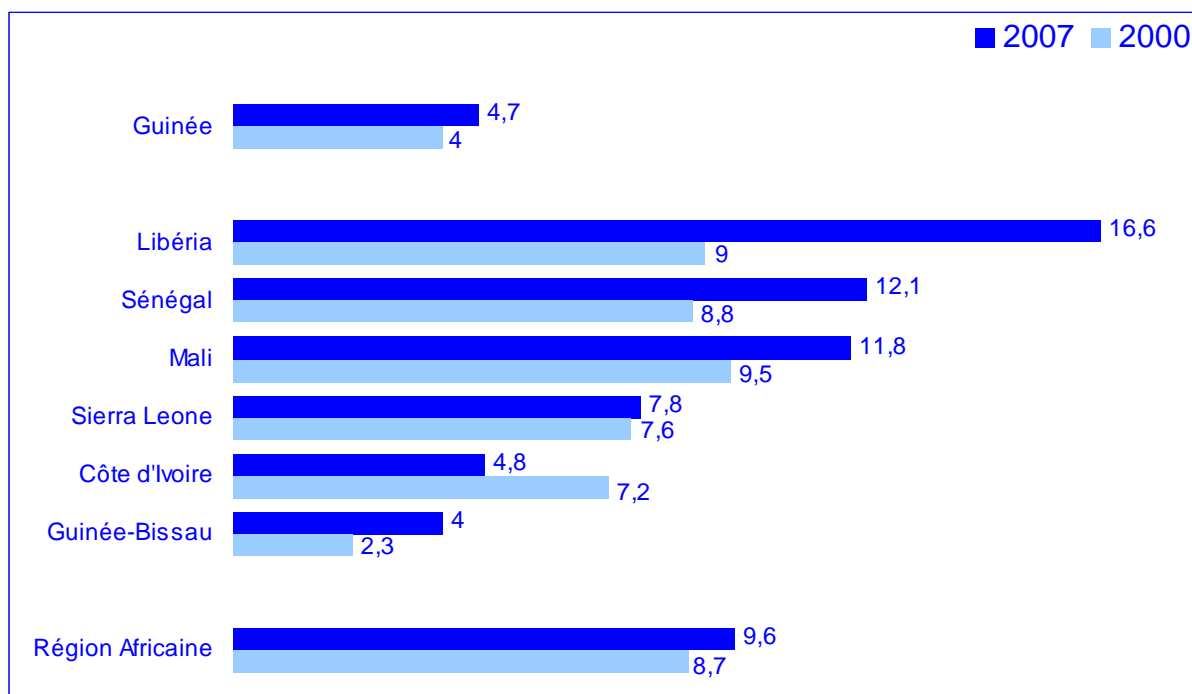


Figure 18 : Ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

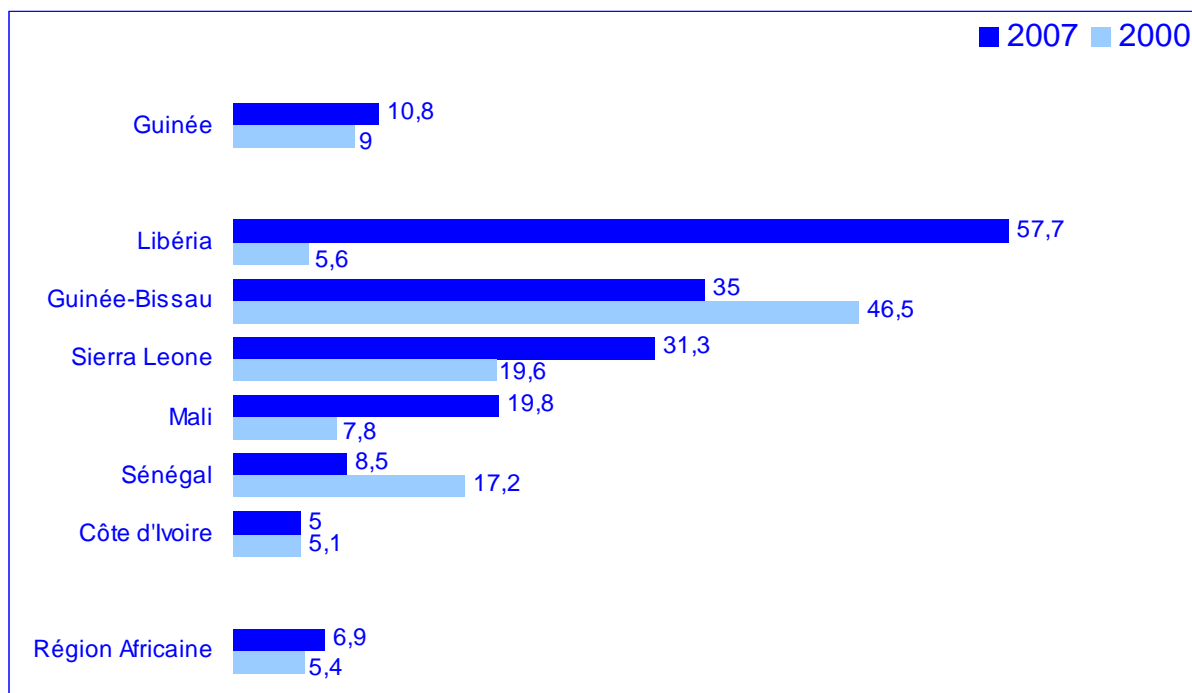


Figure 19 : Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

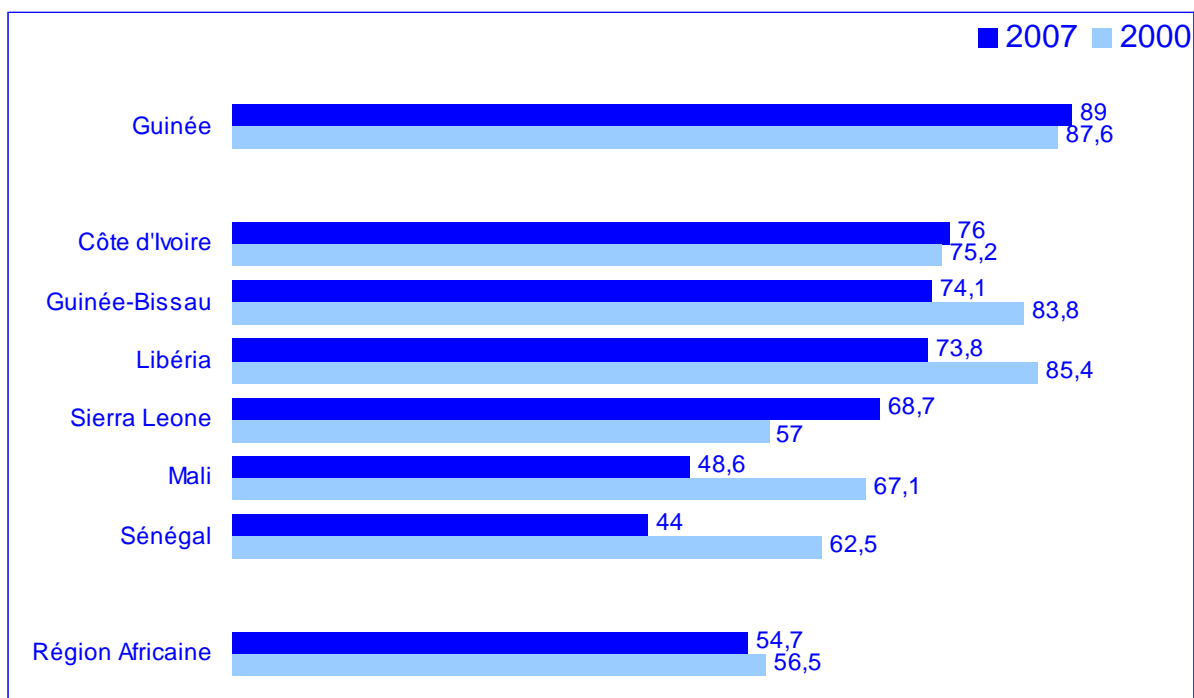


Figure 20 : Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

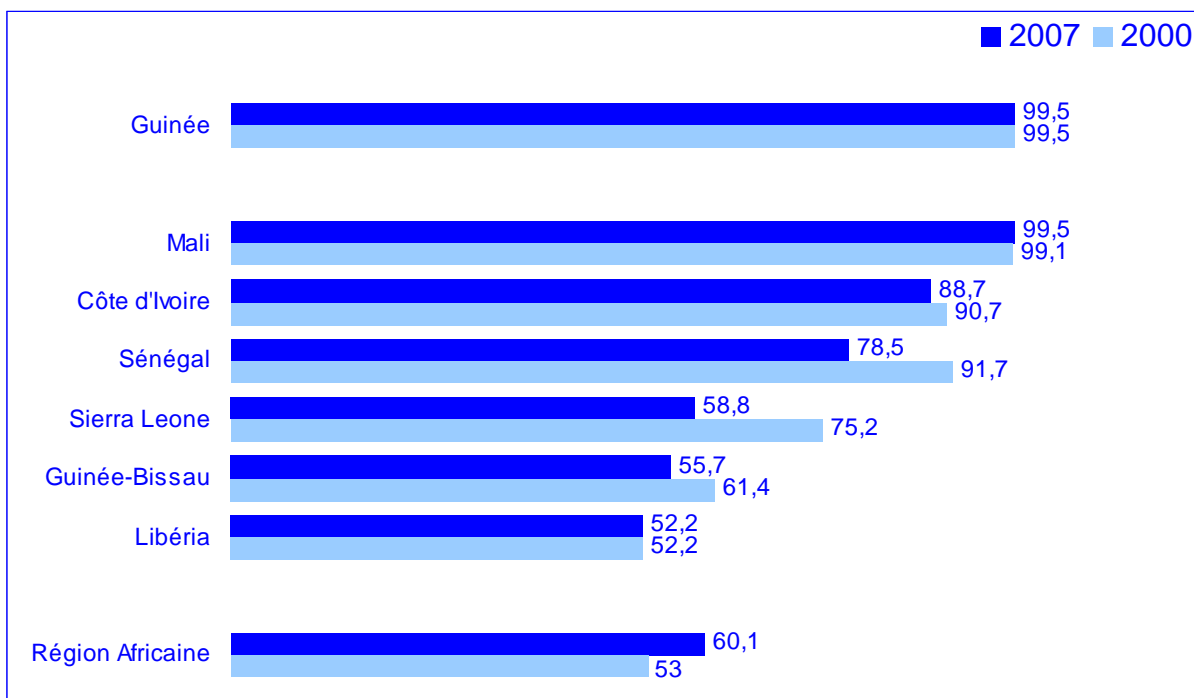
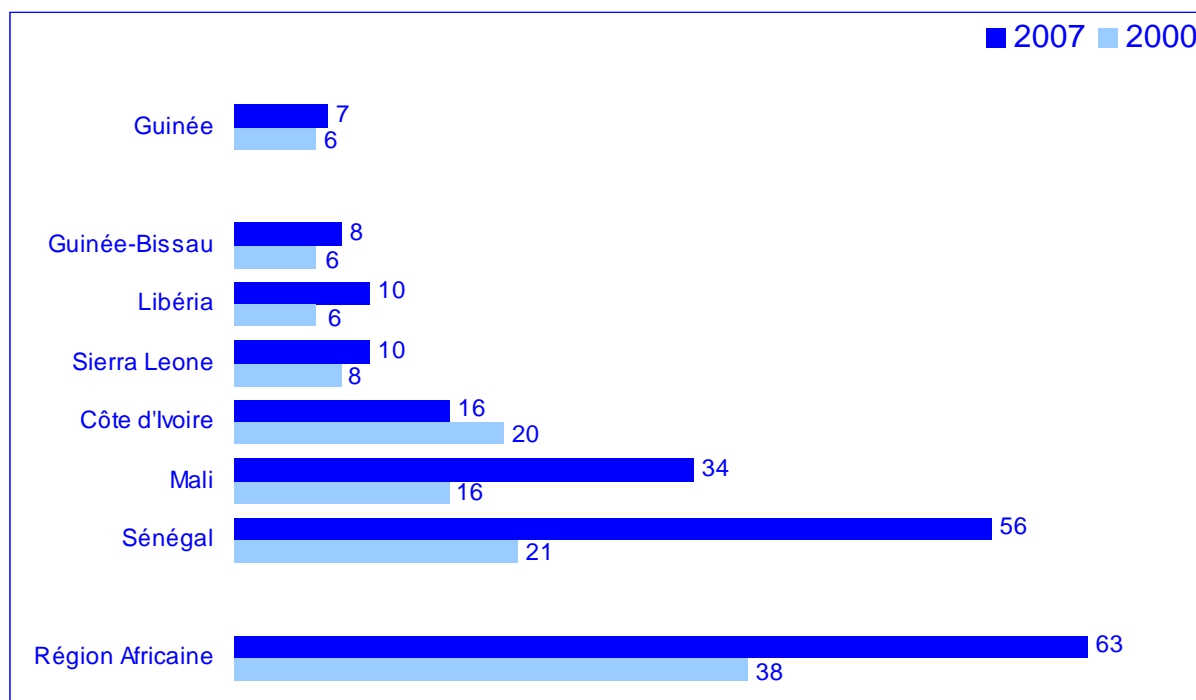


Figure 21 : Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.



Personnel de santé

Figure 22 : Nombre de médecins pour 10.000 habitants, en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2009

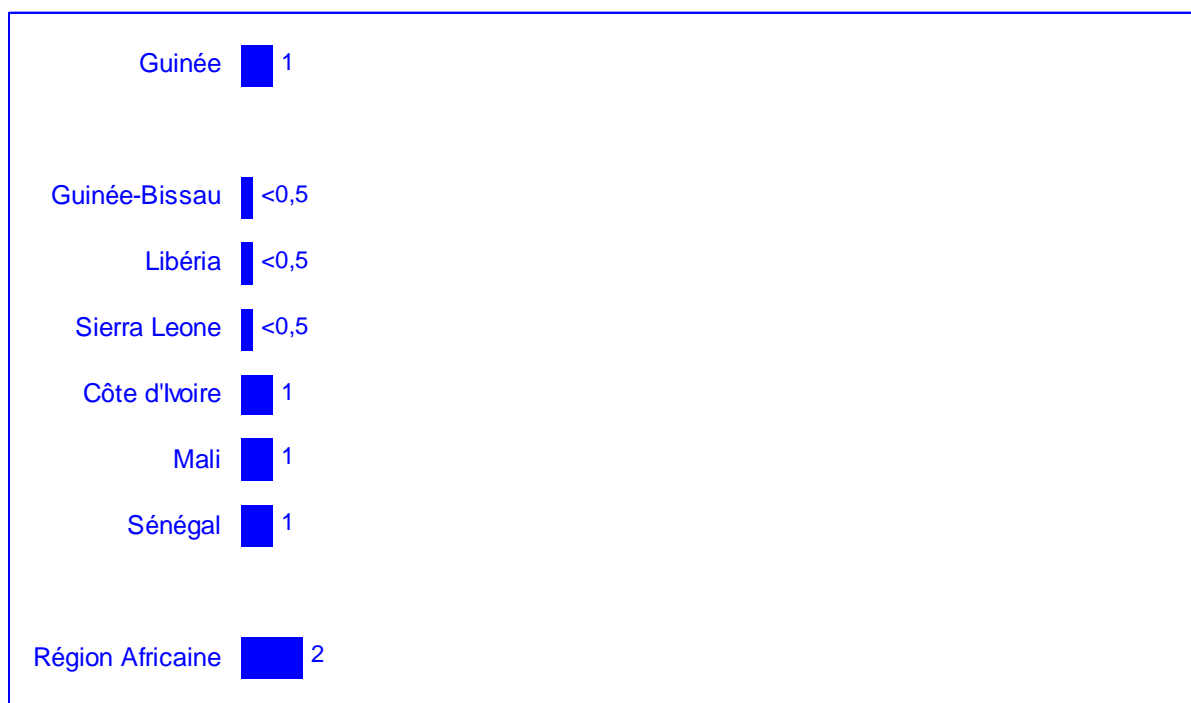
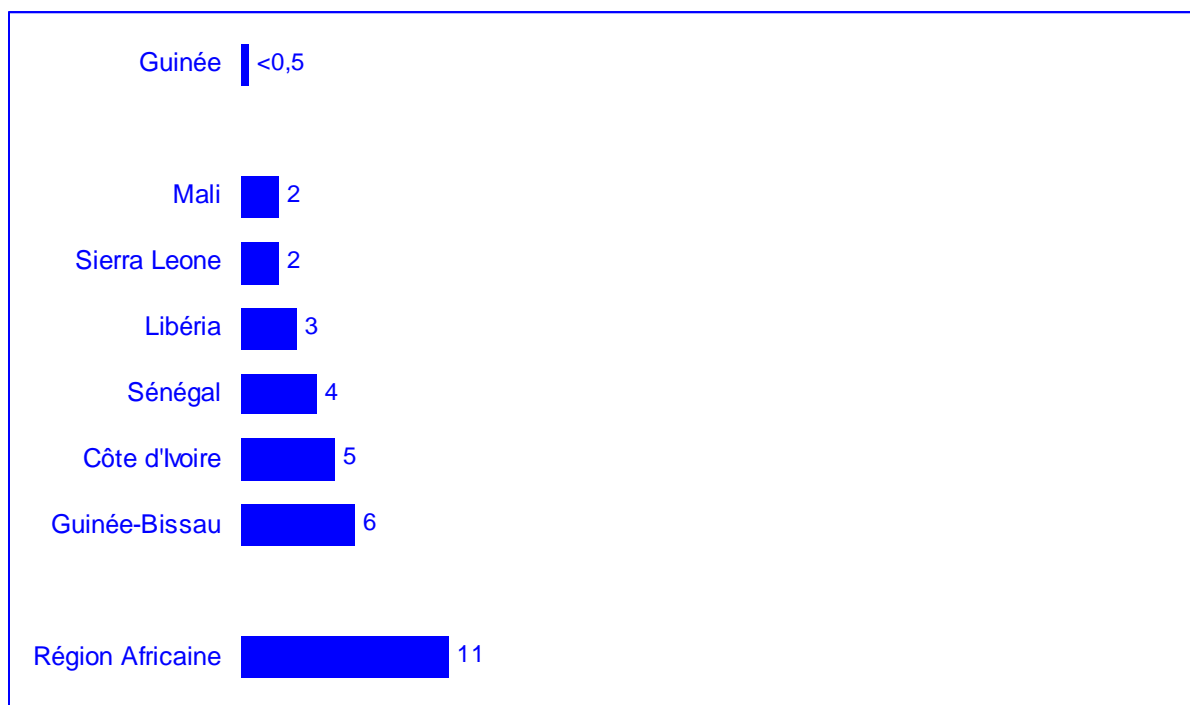
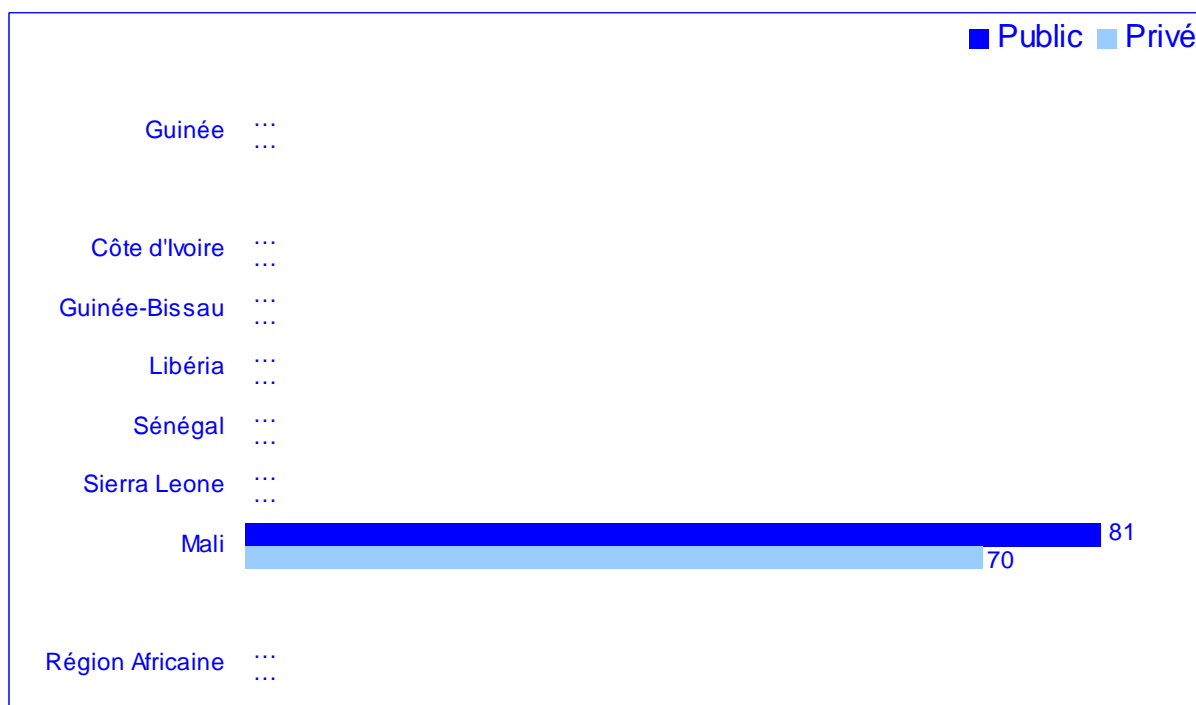


Figure 23: Nombre d'infirmiers et sage-femmes pour 10.000 habitants, en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2009



Produits médicaux et équipement

Figure 24 : Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans un échantillon de structures de santé en Guinée et dans les pays limitrophes ayant des données, en pourcentage, 2001-2008



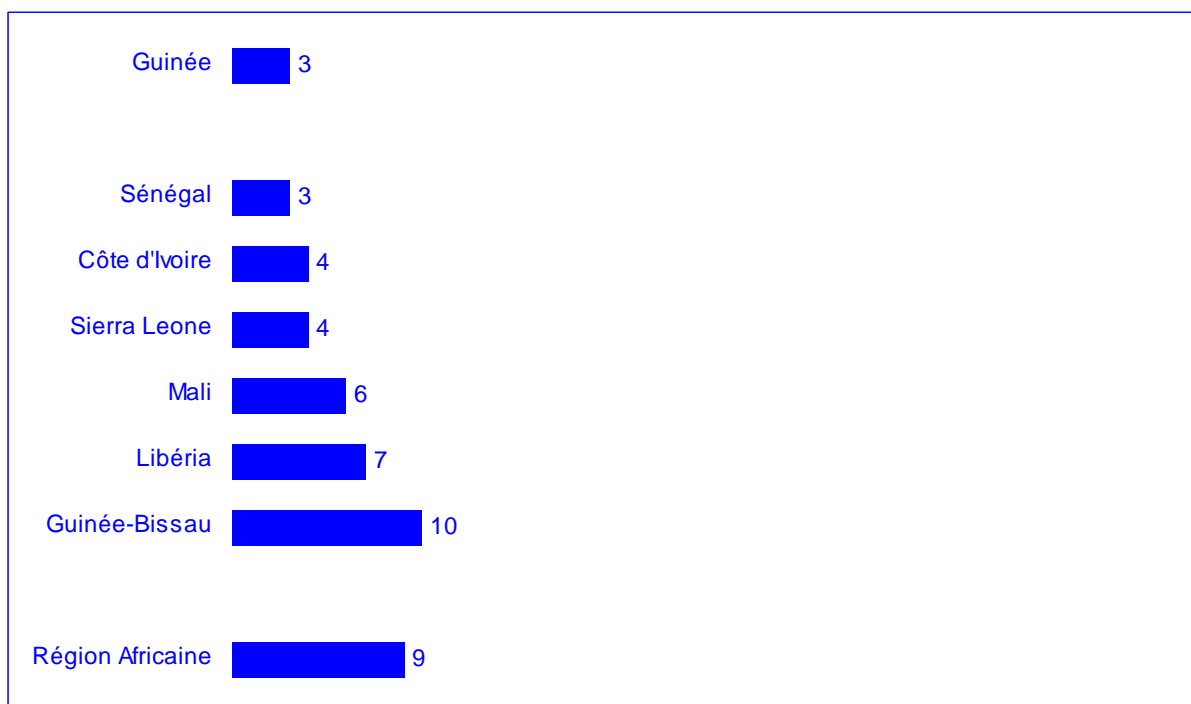
... : Données indisponibles

Figure 25 : Ratio du prix médian pour le consommateur d'une sélection de médicaments génériques (ratio du prix médian local par rapport à un prix de référence international), en Guinée et dans les pays limitrophes ayant des données, 2001-2008



... : Données indisponibles

Figure 26 : Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2009.



Information sanitaire

Figure 27 : Couverture des enregistrements des faits d'état civil (naissances) en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008

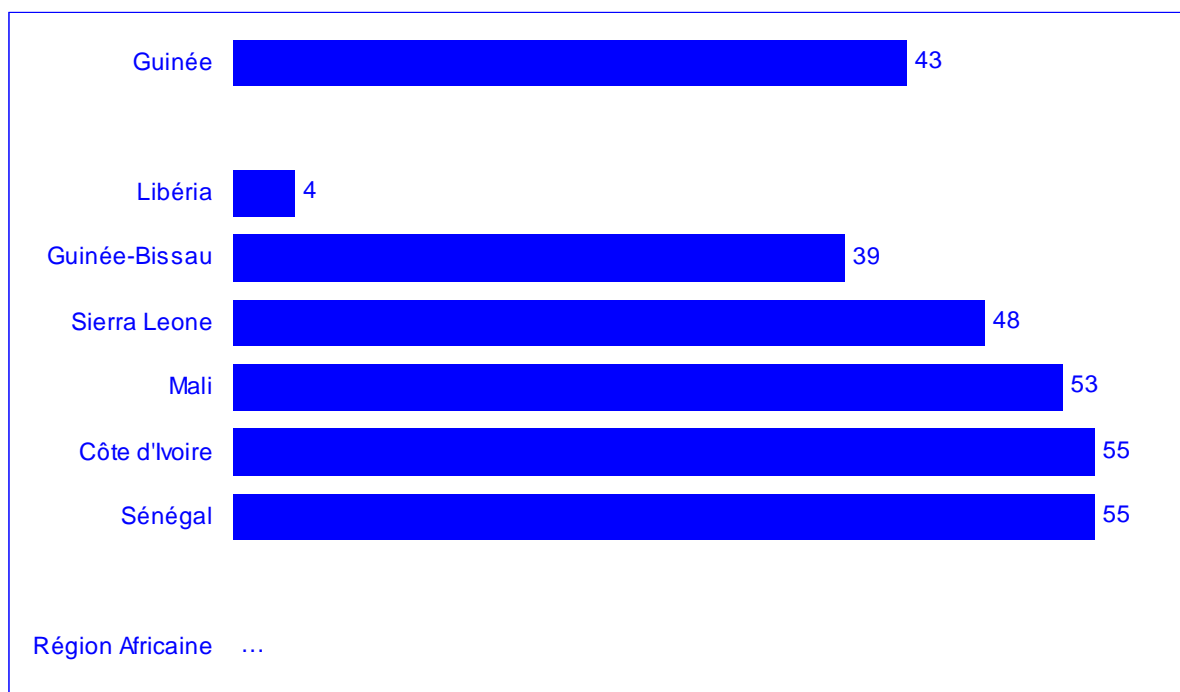
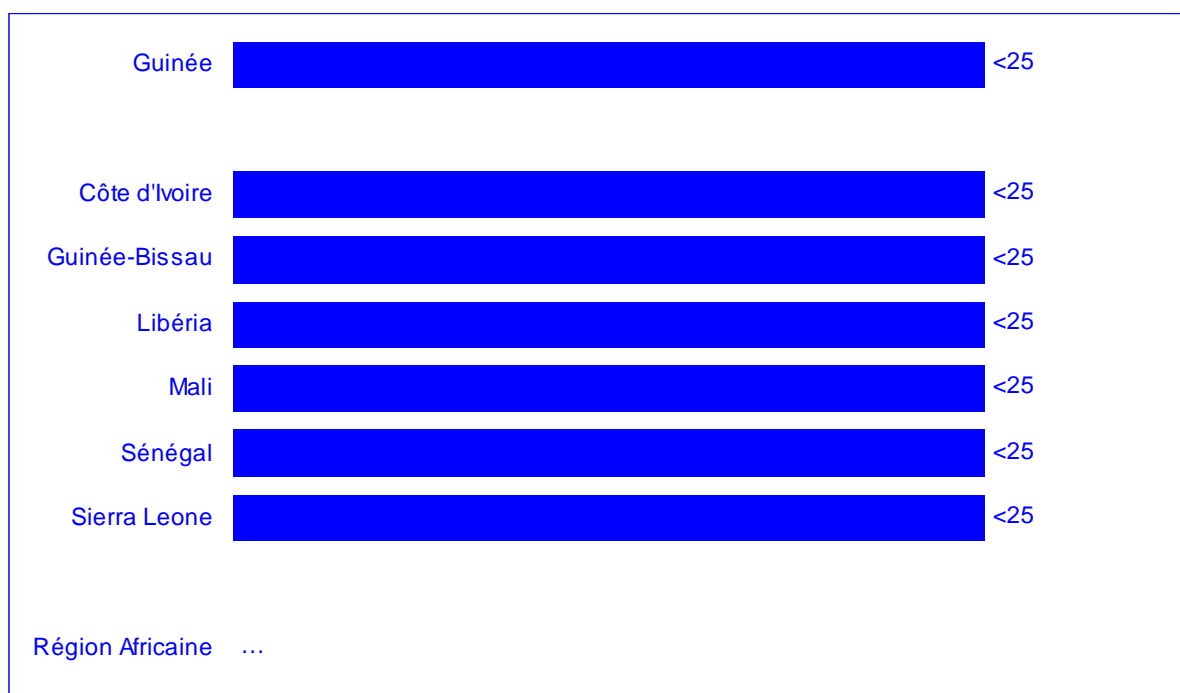


Figure 28 : Couverture des enregistrements des faits d'état civil (décès) en Guinée et dans les pays limitrophes, par pays, en pourcentage, 2000-2008



... : Données indisponibles

3. Programme spécifiques et Services

VIH/SIDA

Figure 29 : Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007

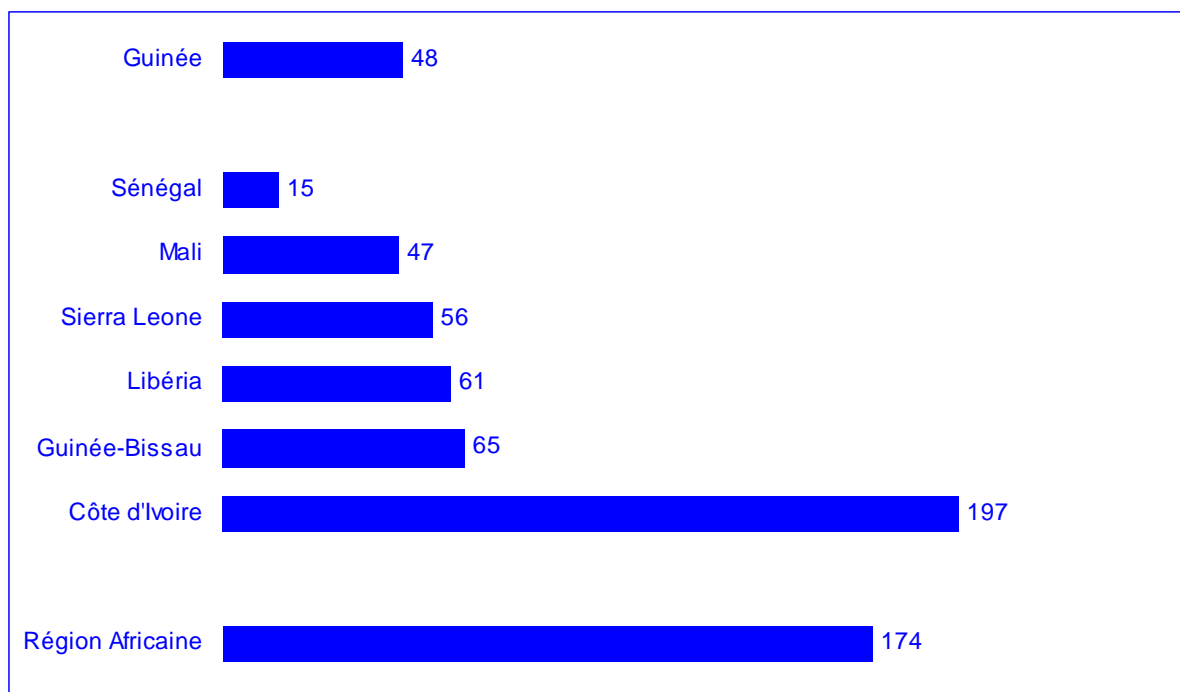


Figure 30 : Personnes vivant avec le VIH/SIDA recevant un traitement antirétroviral en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009 et 2007

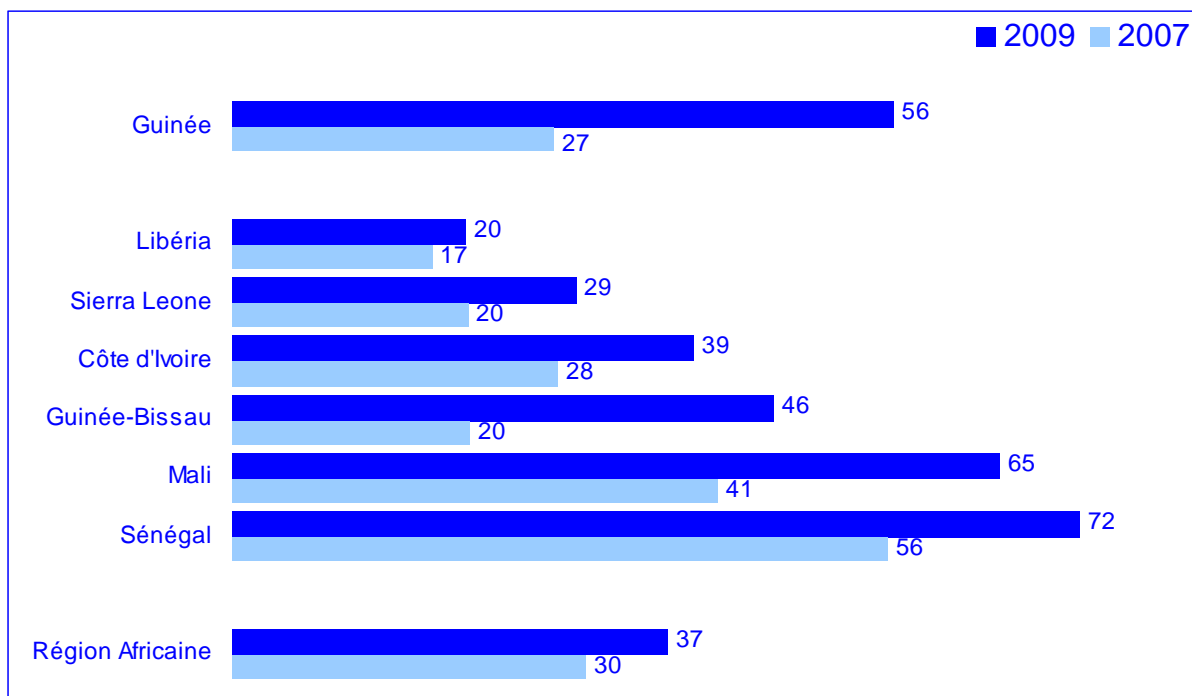


Figure 31 : Personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2001.

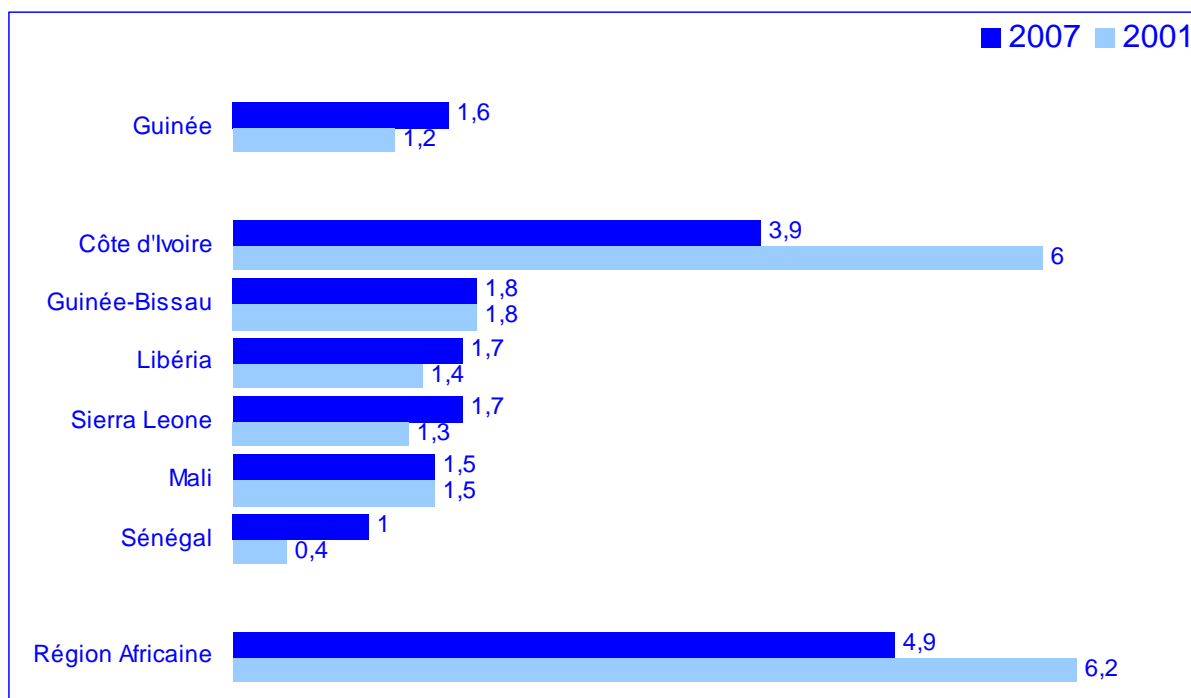
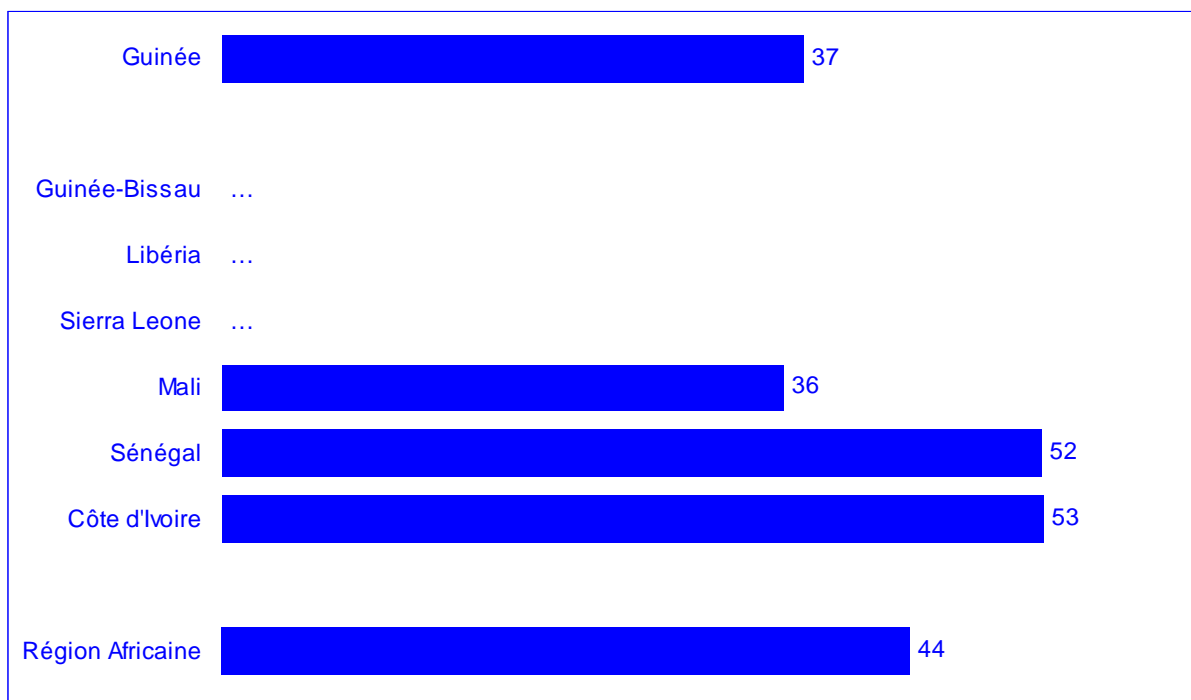


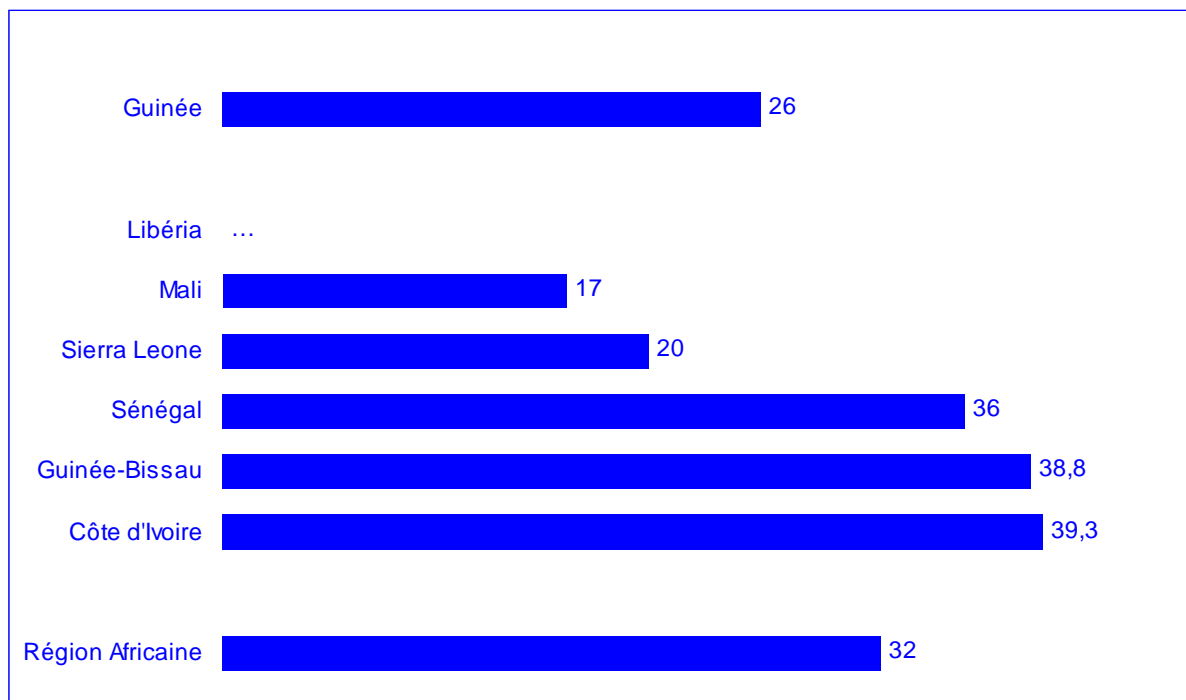
Figure 32 : Hommes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

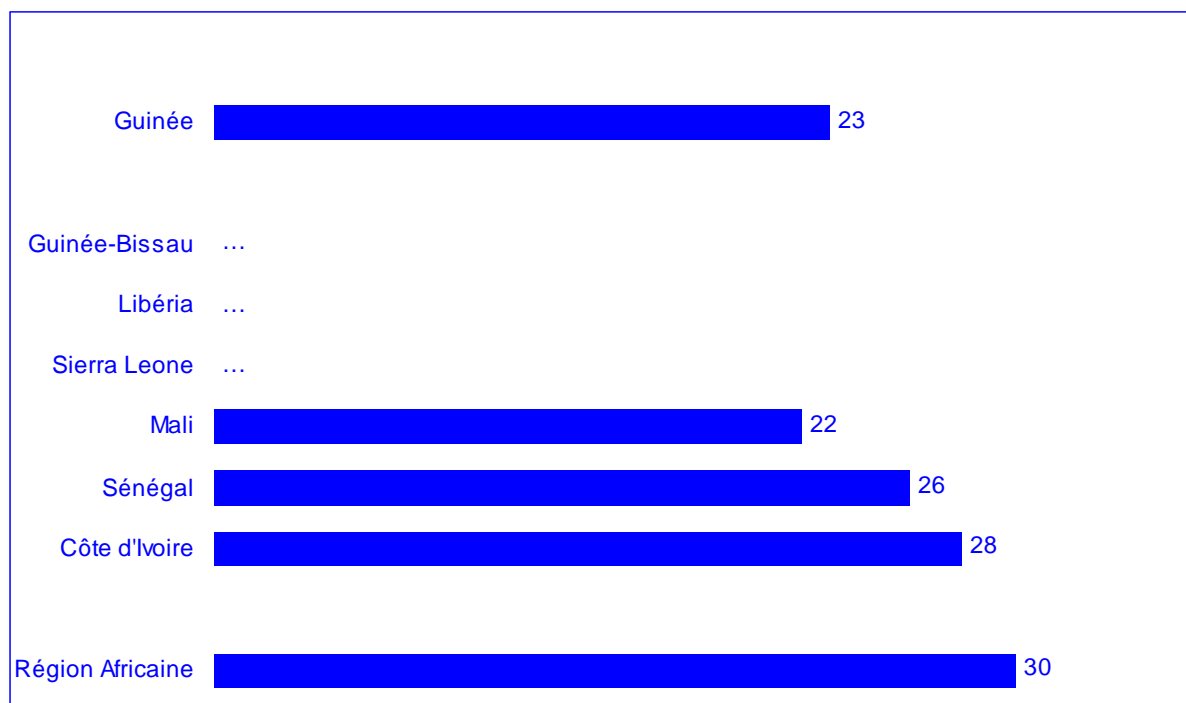
Figure 33 : Femmes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

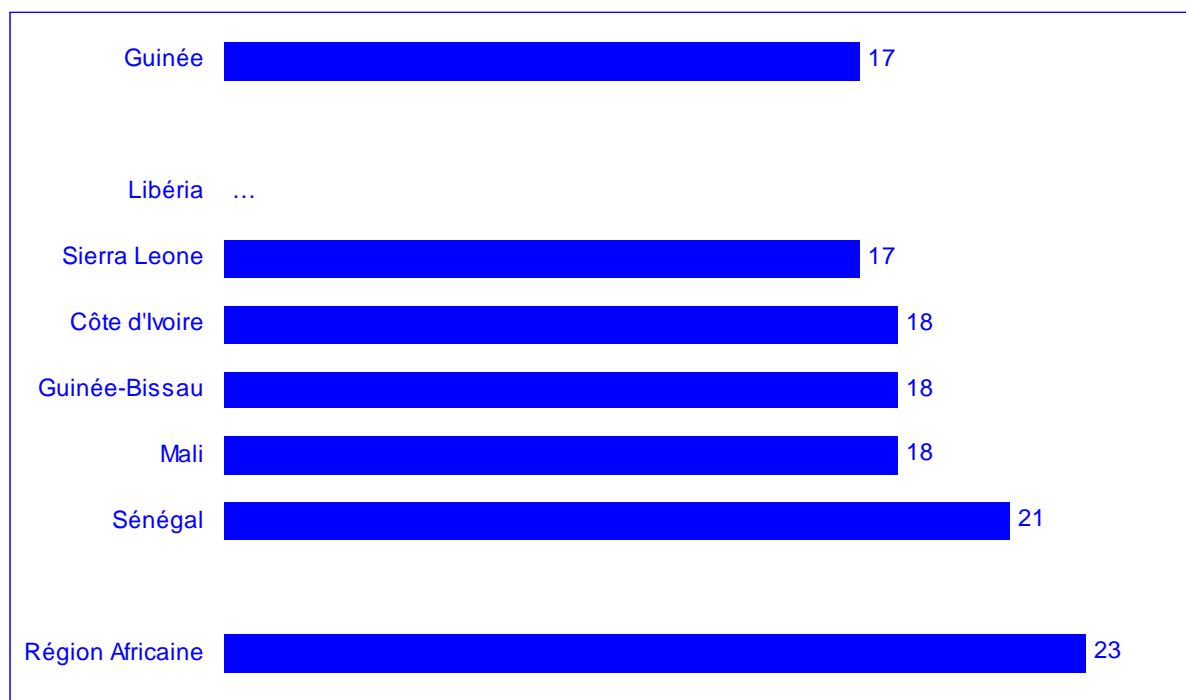
Figure 34 : Proportion des hommes âgés de 15 à 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2007



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

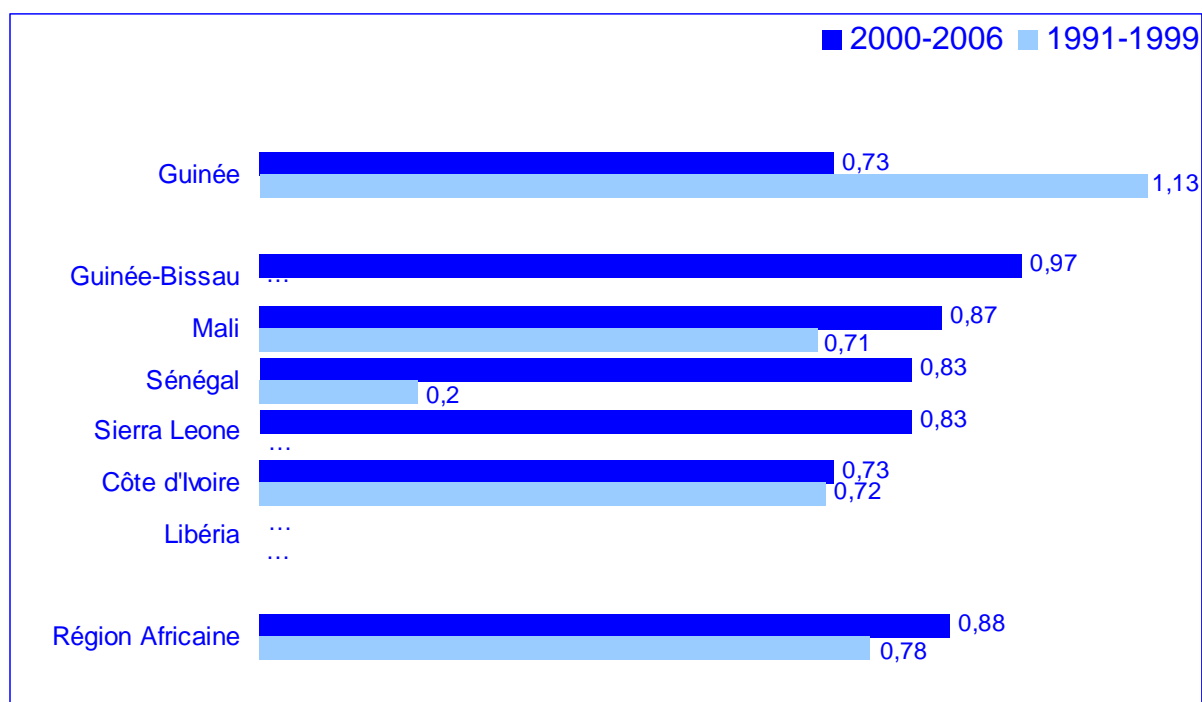
Figure 35 : Proportion des femmes entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2007



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Figure 36 : Ratio de scolarisation des orphélins par rapport aux non-orphélins en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2006 et 1991-1999



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Tuberculose

Figure 37 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000

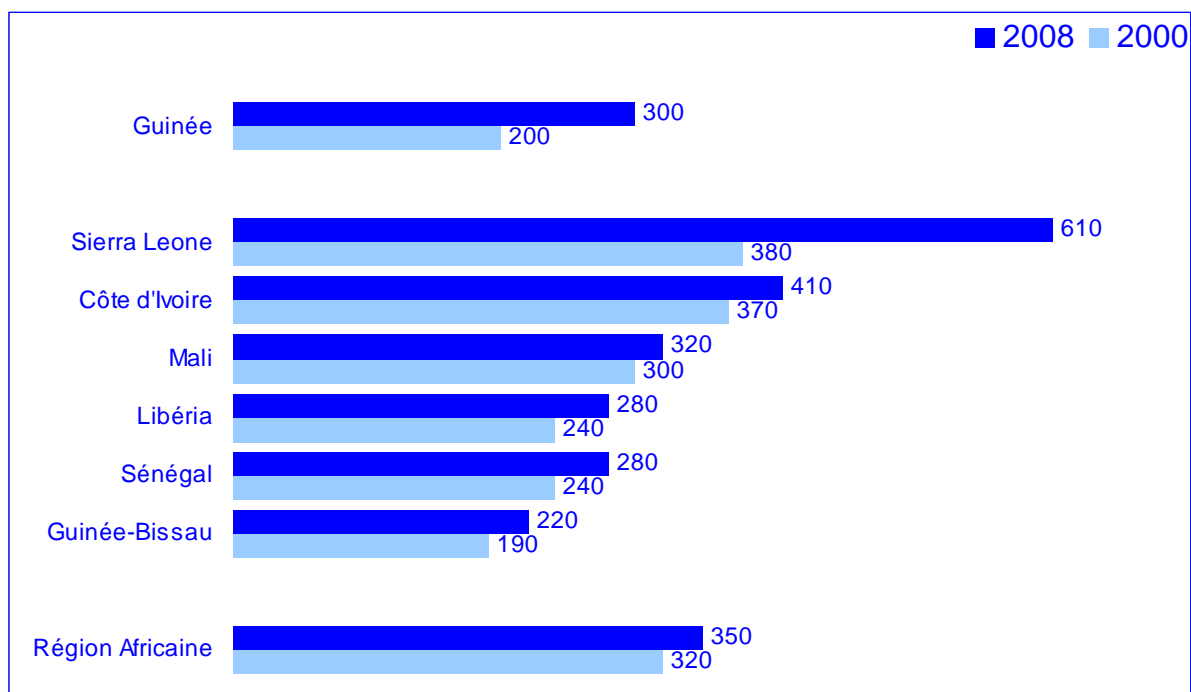


Figure 38 : Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000

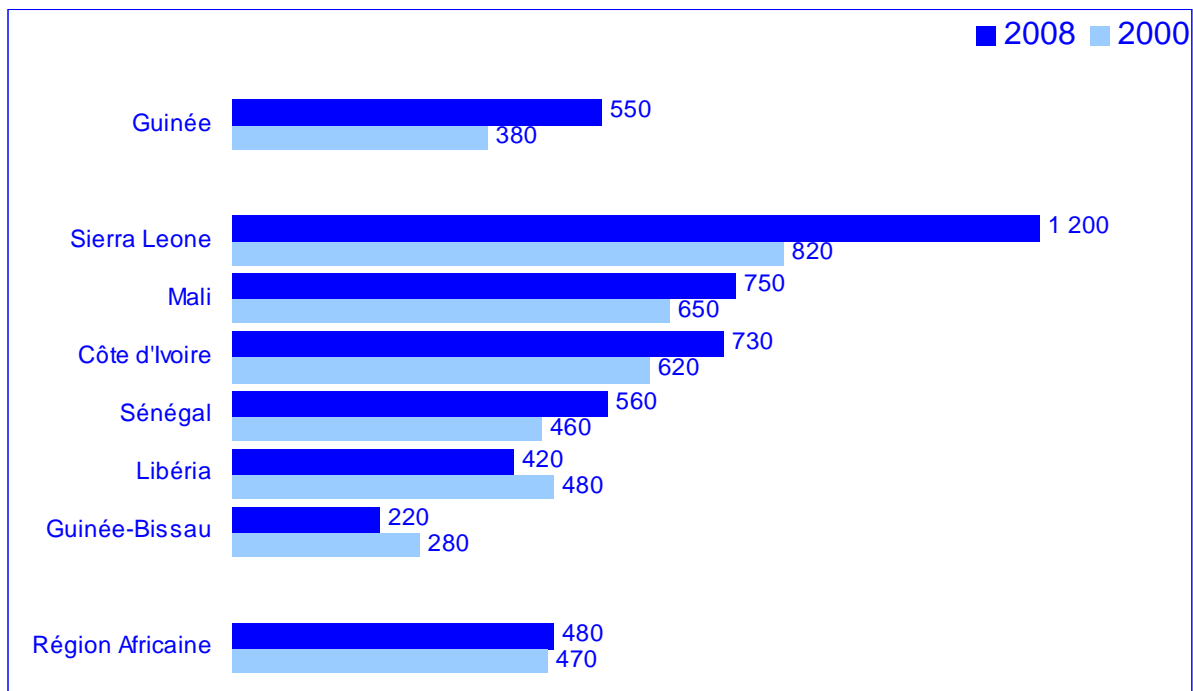
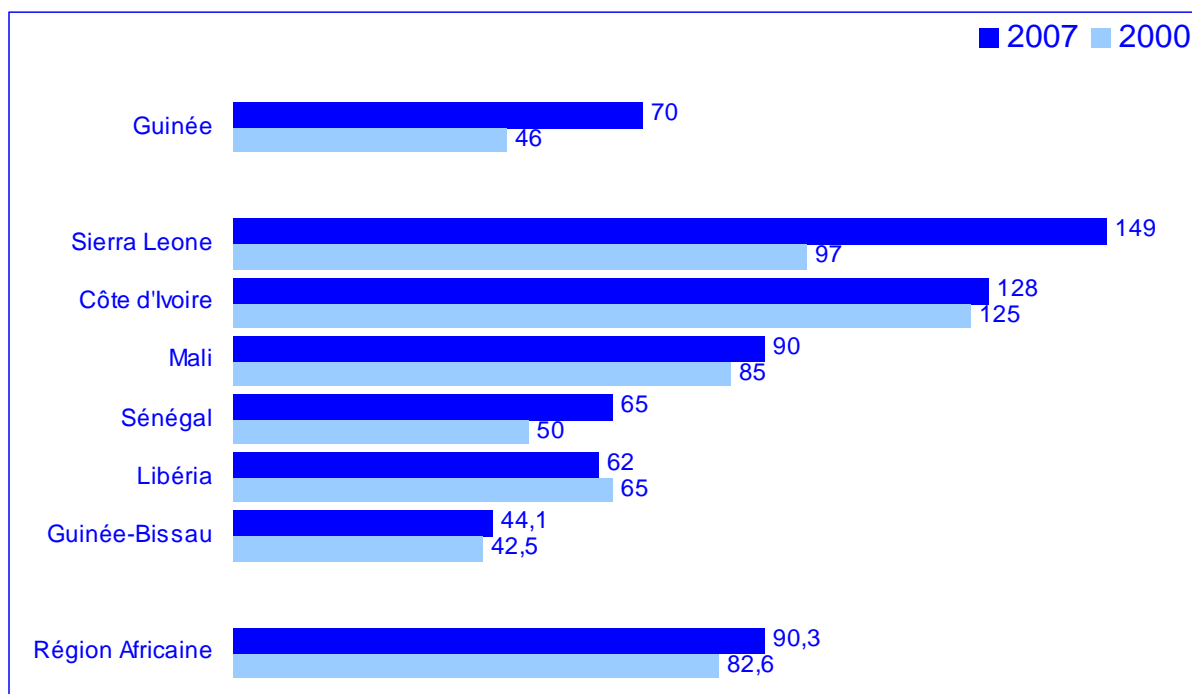
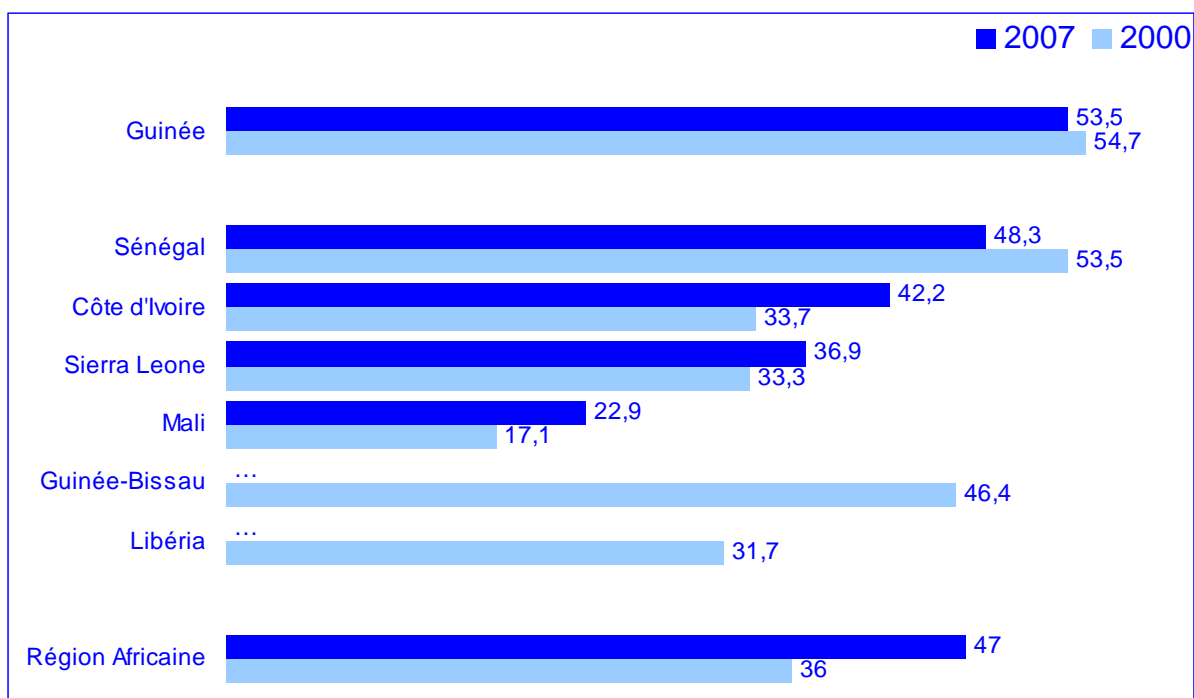


Figure 39 : Taux de mortalité du à la tuberculose (pour 100.000 habitants par année) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Figure 40 : Taux de détection de la tuberculose sous stratégie DOTS en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2000

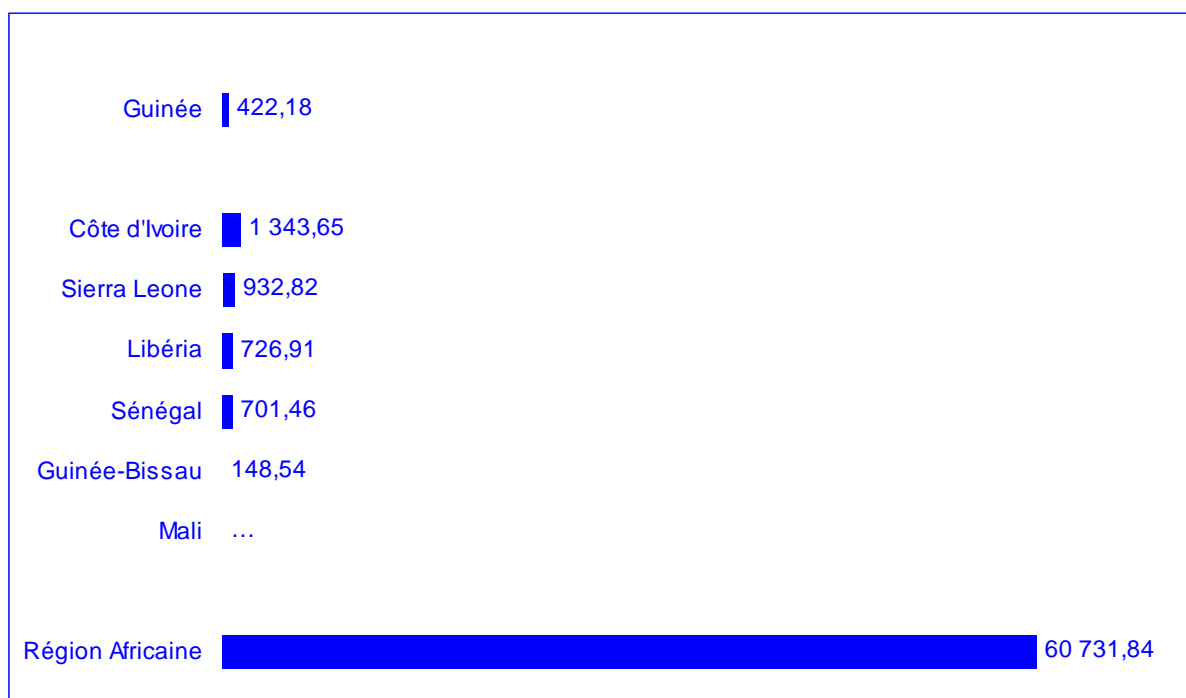


... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

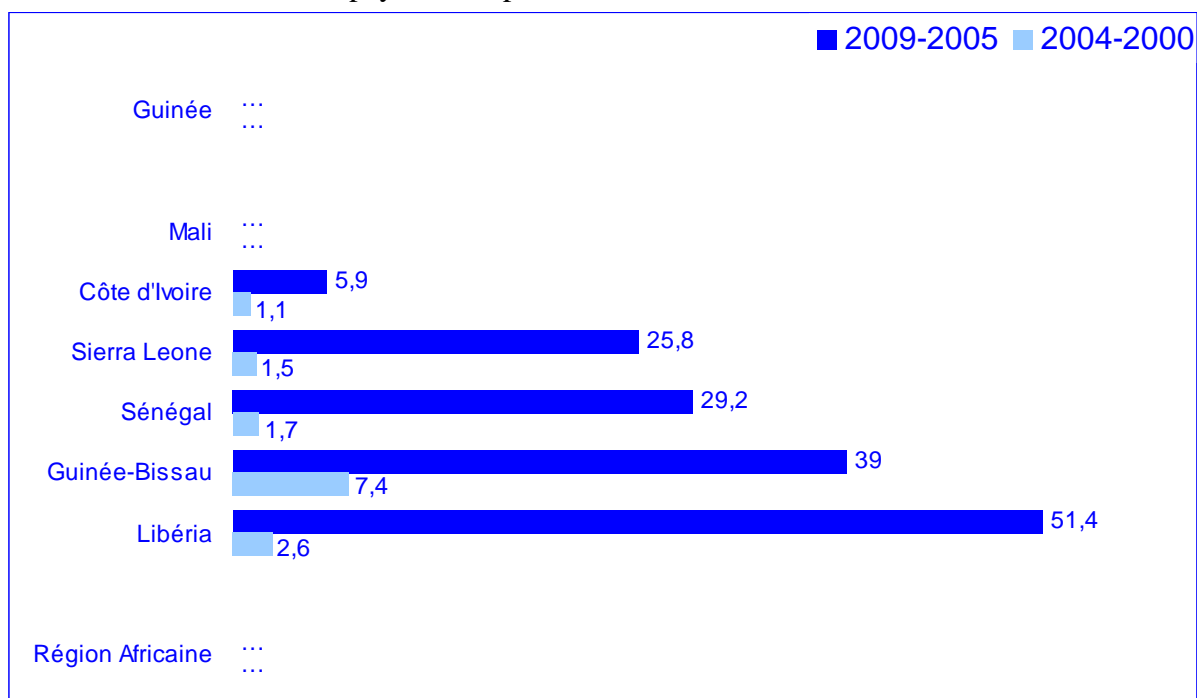
Paludisme

Figure 41 : Cas de paludisme notifiés (en milliers), en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008



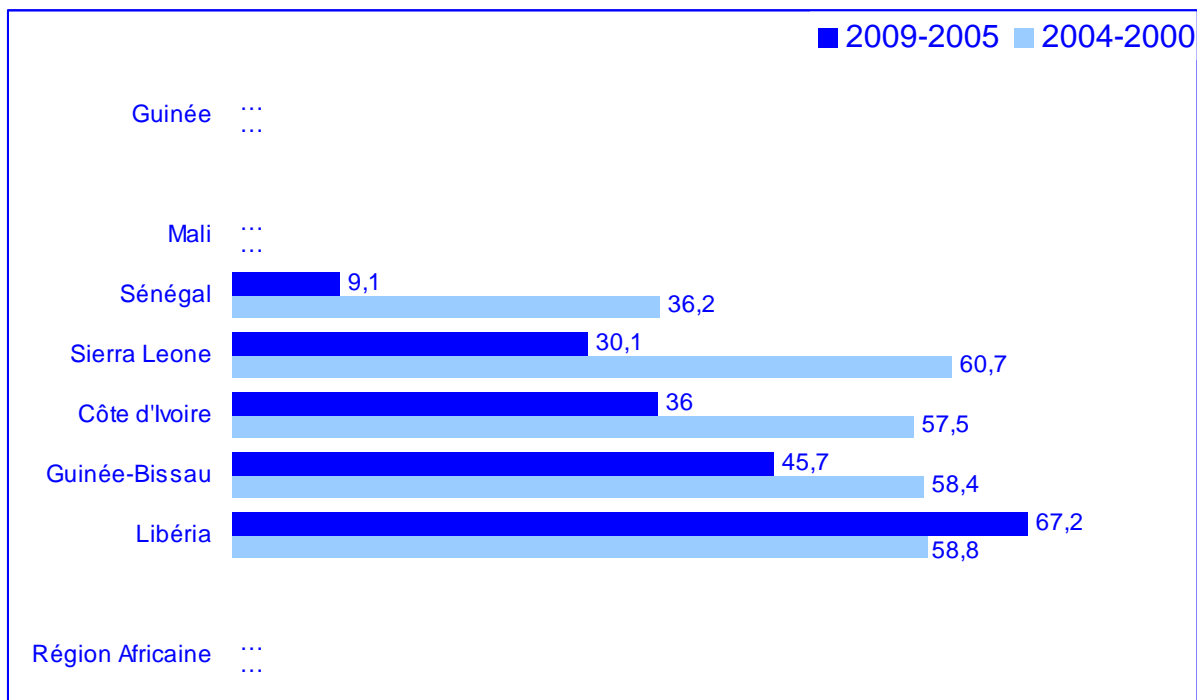
... : Données indisponibles

Figure 42 : Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en Guinée et dans les pays limitrophes, 2009-2005 et 2004-2000.



... : Données indisponibles

Figure 43 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque en Guinée et dans les pays limitrophes, 2009-2005 et 2004-2000



... : Données indisponibles

Maladies évitables par la vaccination

Figure 44 : Nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990

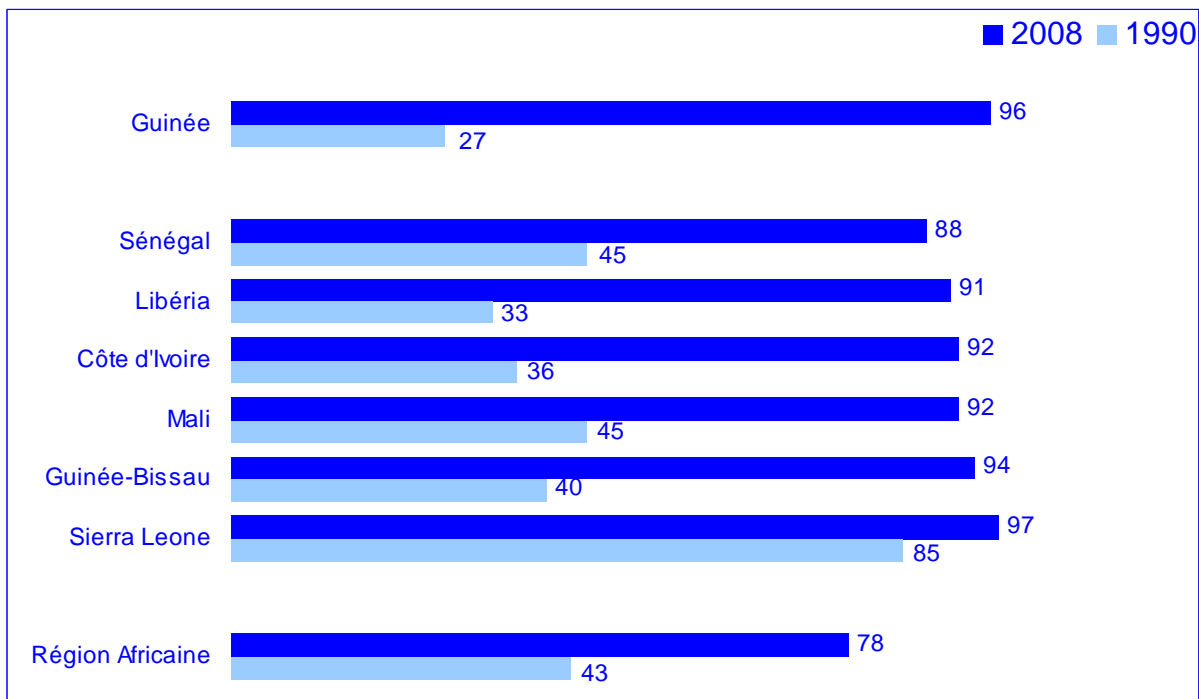
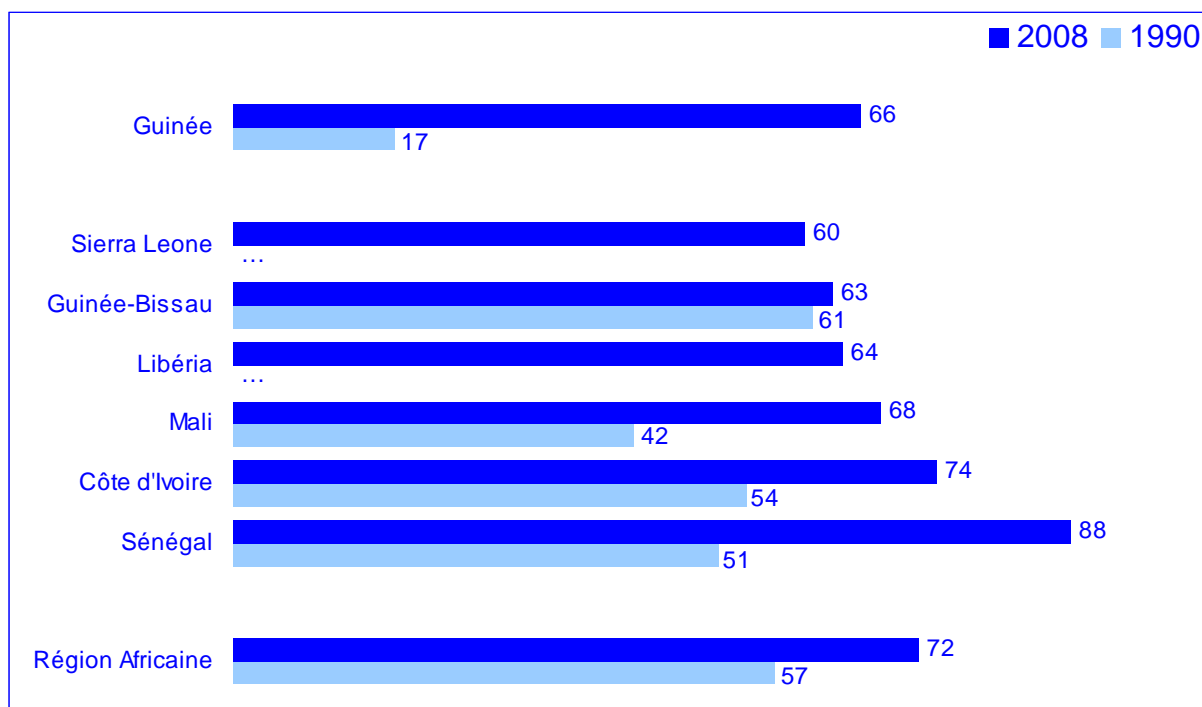
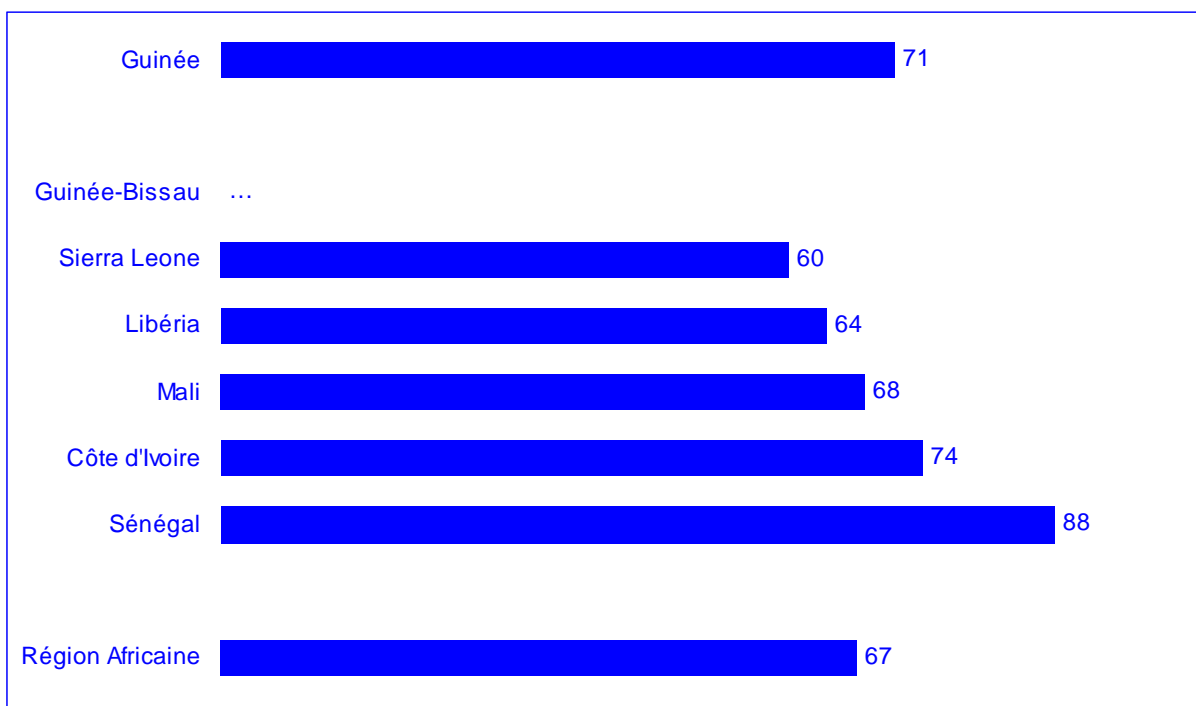


Figure 45 : Couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990



... : Données indisponibles

Figure 46 : Couverture vaccinale HepB3 chez les enfants âgés d'un an en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008



... : Données indisponibles

Santé de la mère et du nouveau-né.

Figure 47 : Nourrissons nourris exclusivement au sein dans les six premiers mois de vie en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2009

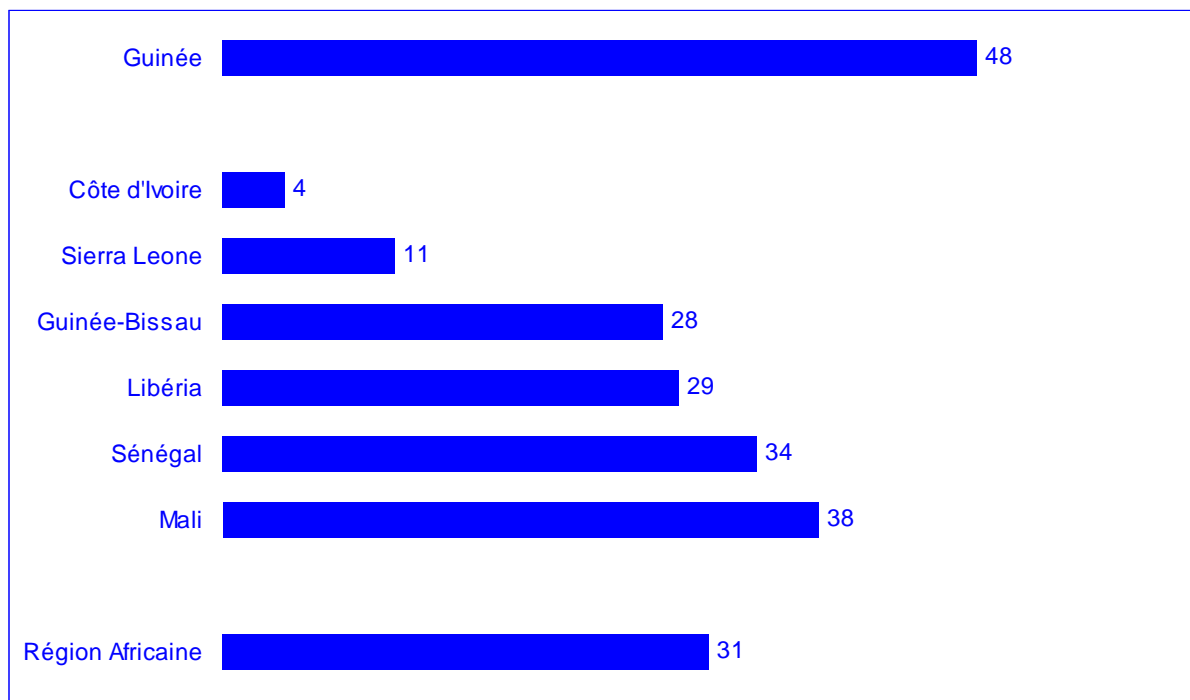


Figure 48 : Enfants de petit poids à la naissance en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008

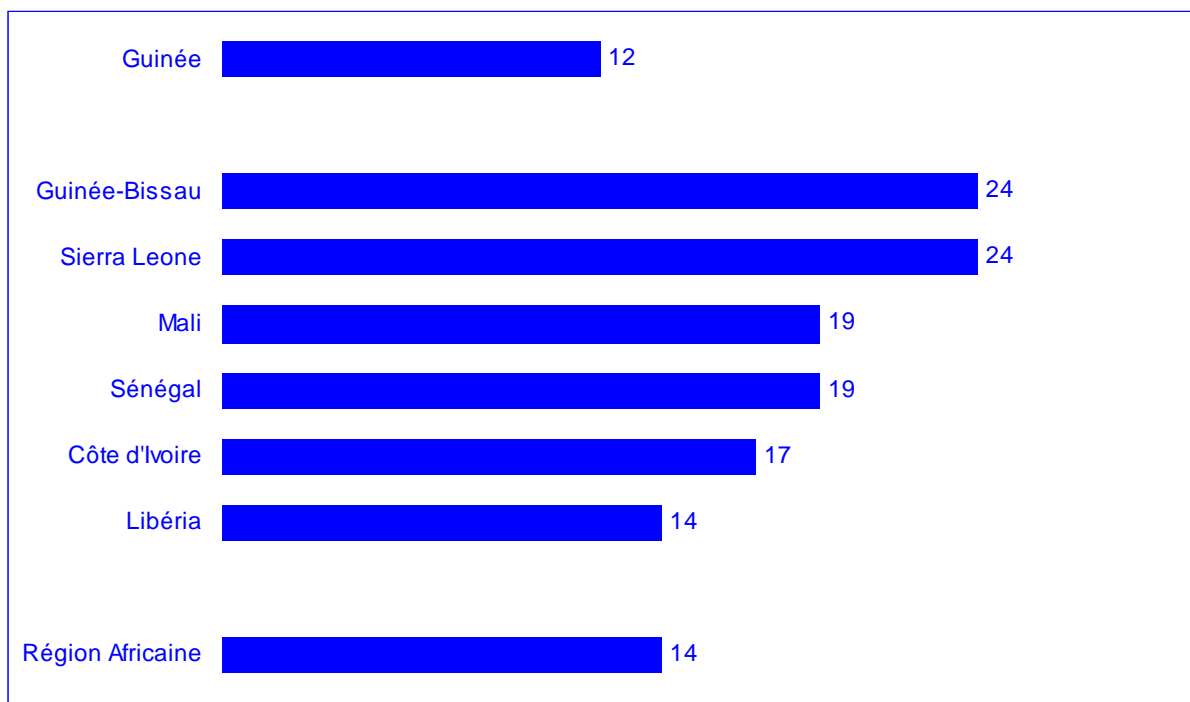
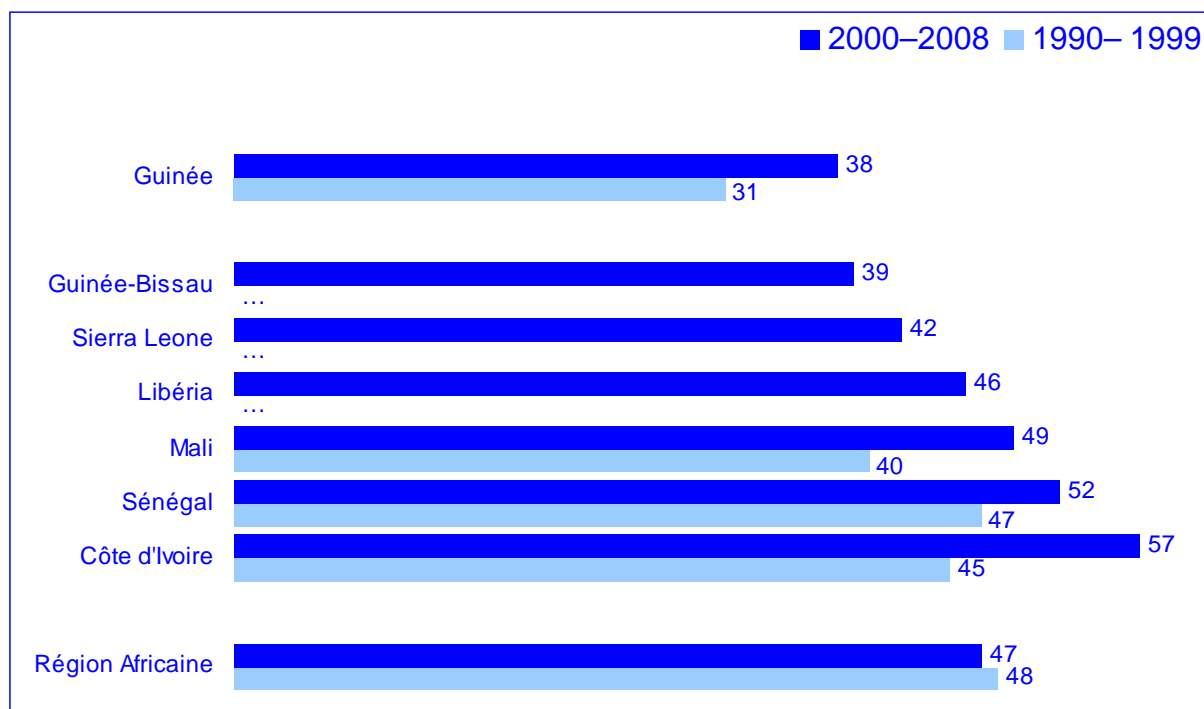
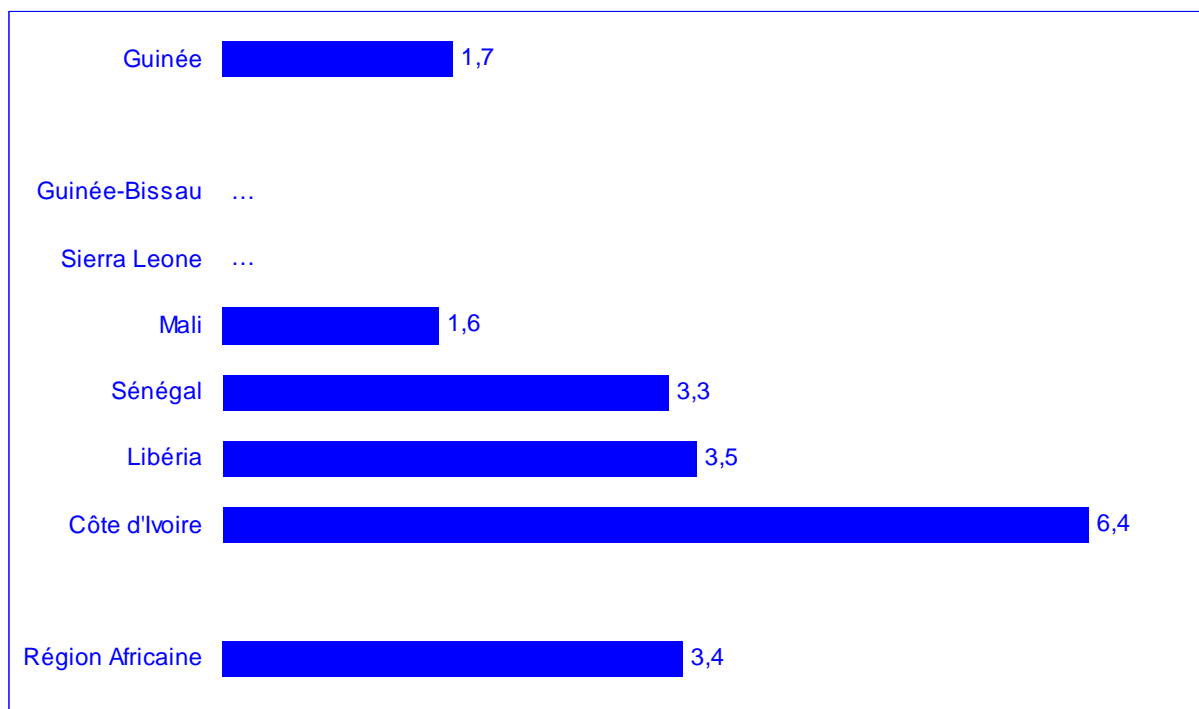


Figure 49 : Naissances assistées par du personnel de santé qualifié en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008 et 1990-1999



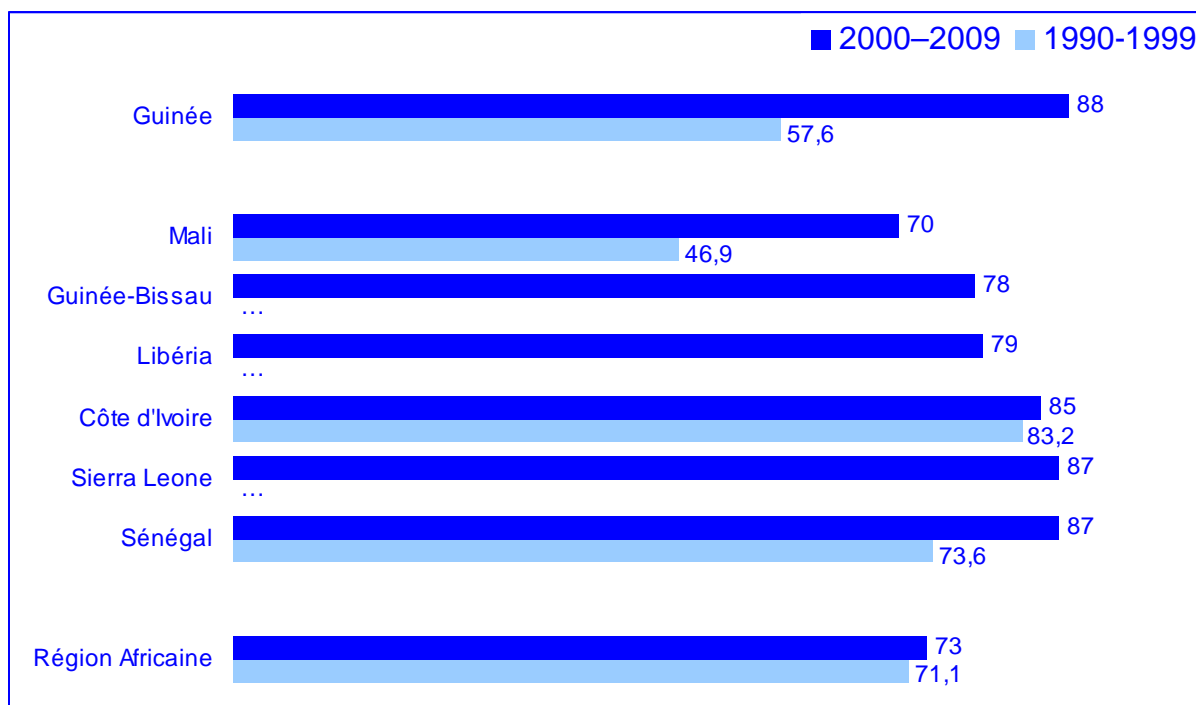
... : Données indisponibles

Figure 50: Naissances par césarienne en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008



... : Données indisponibles

Figure 51 : Couverture par les soins anténatals, au moins une visite, en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2009 et 1990-1999



... : Données indisponibles

Santé familiale et génésique

Figure 52 : Besoins insatisfaits en matière de planification familiale en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2007 et 1990-1999

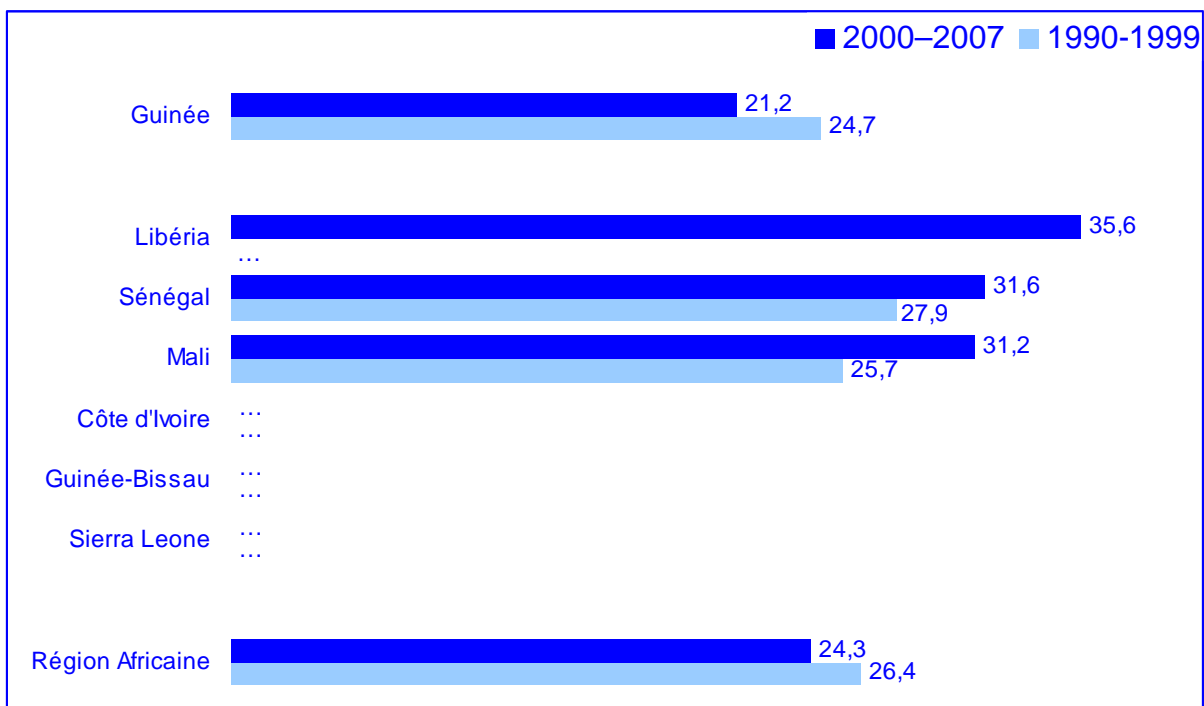
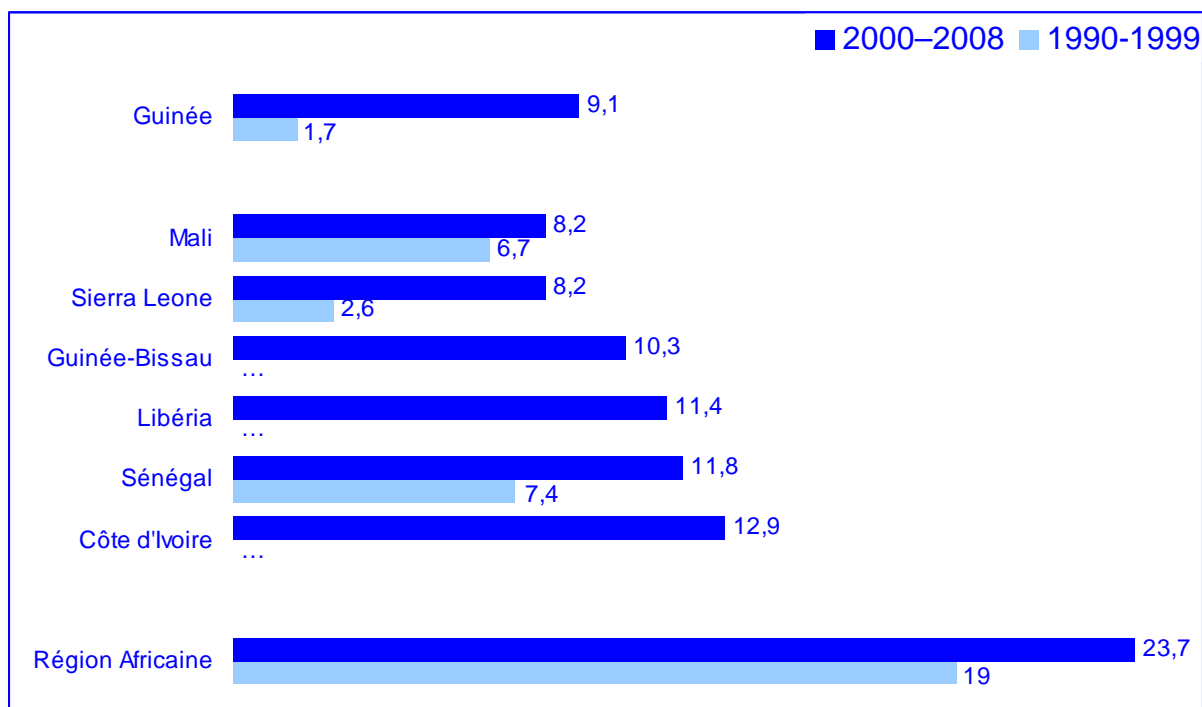


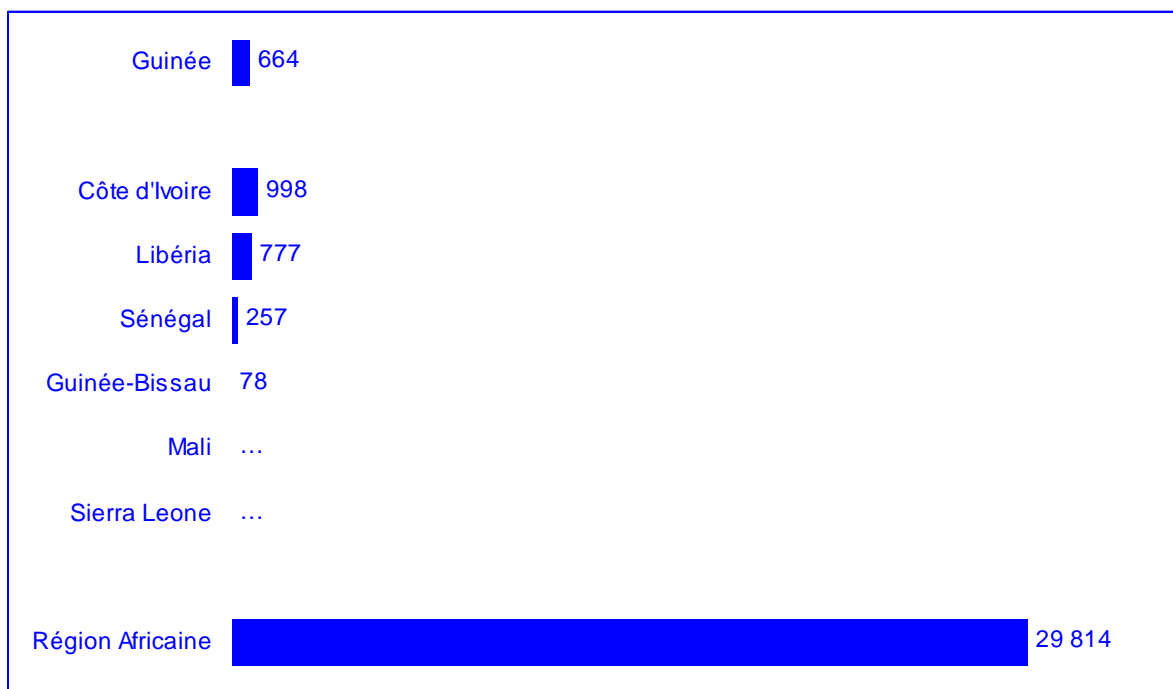
Figure 53 : Prévalence de la contraception (quelque soit la méthode) chez les femmes mariées de 15-49 ans en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2008



... : Données indisponibles

Maladies tropicales négligées

Figure 54 : Nombre de cas déclarés de lèpre en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008



... : Données indisponibles

Affections et maladies non transmissibles

Figure 55 : Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies non transmissibles (en pourcentage du total des AVCI) en Guinée, 2004

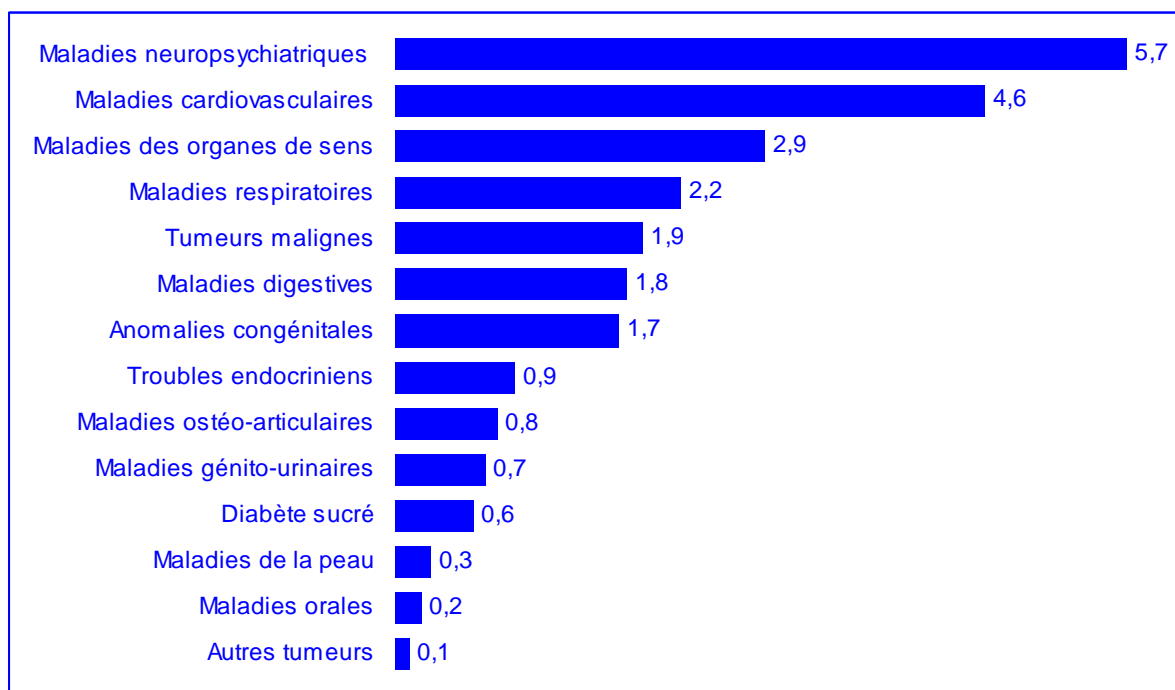


Figure 56 : Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies neuropsychiatriques (en pourcentage du total des AVCI) en Guinée, 2004

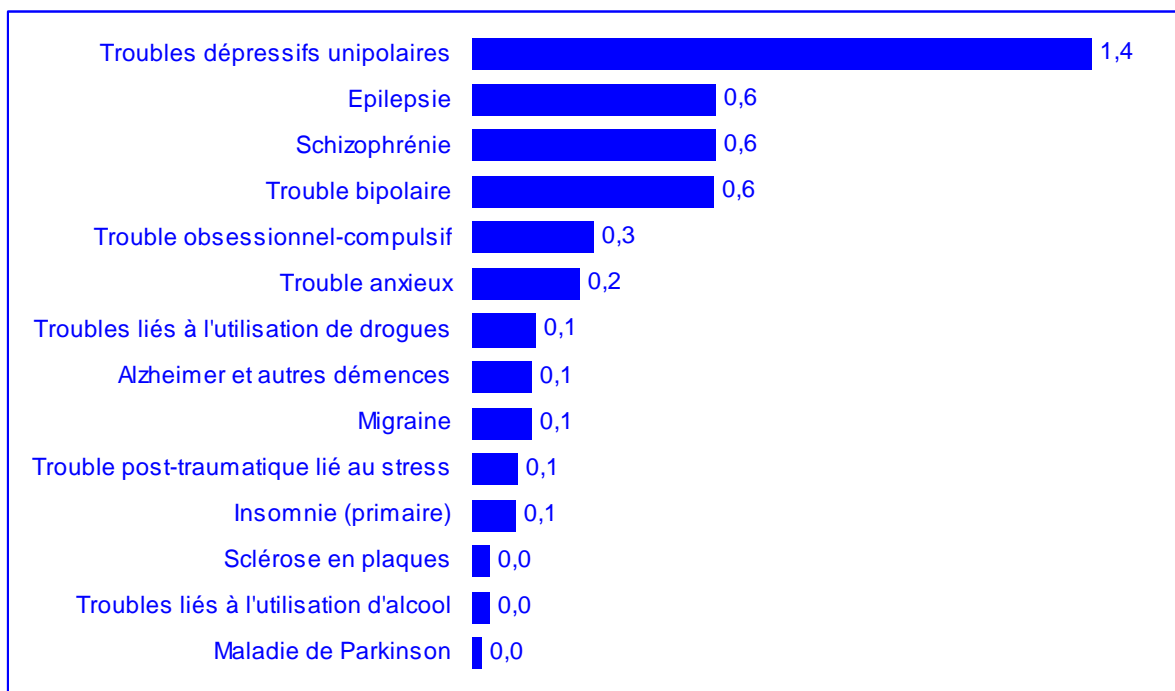
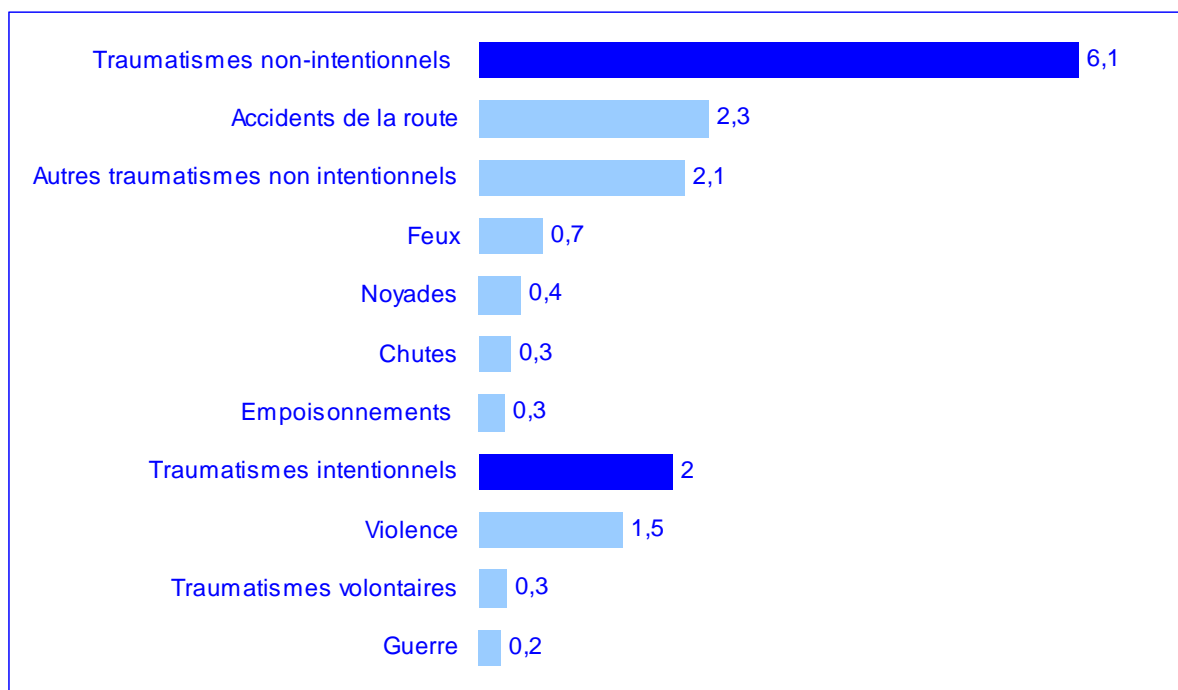
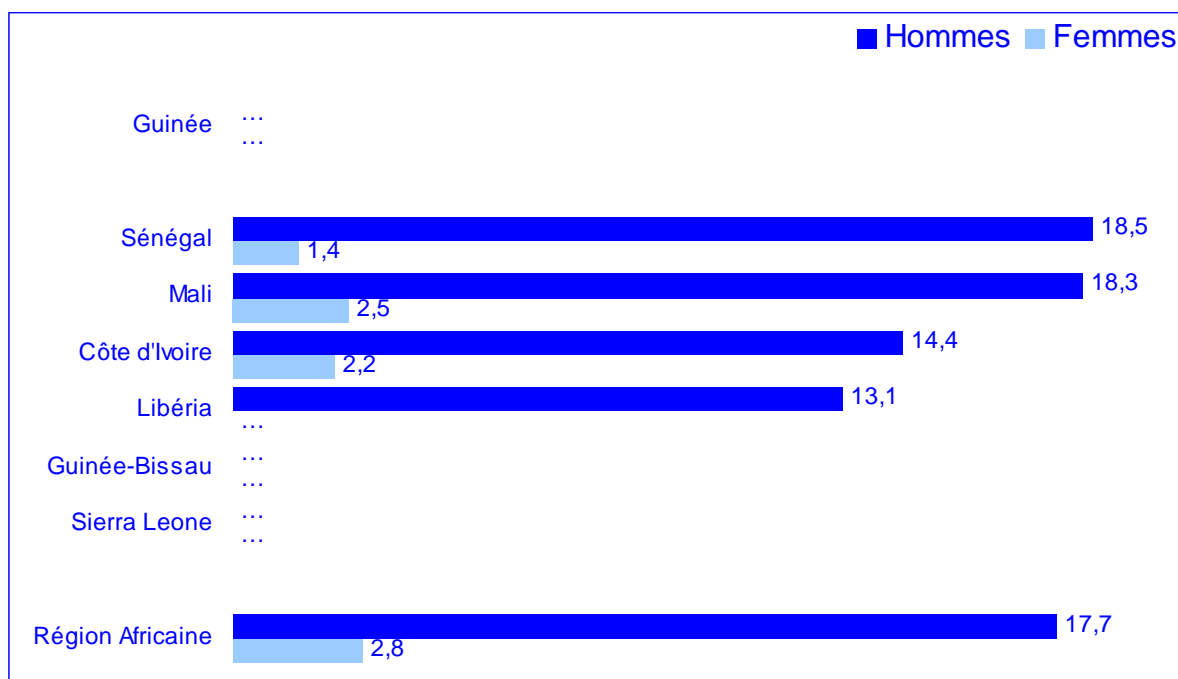


Figure 57 : Distribution des causes des traumatismes intentionnels et non intentionnels (en pourcentage du total des AVCI) en Guinée, 2004



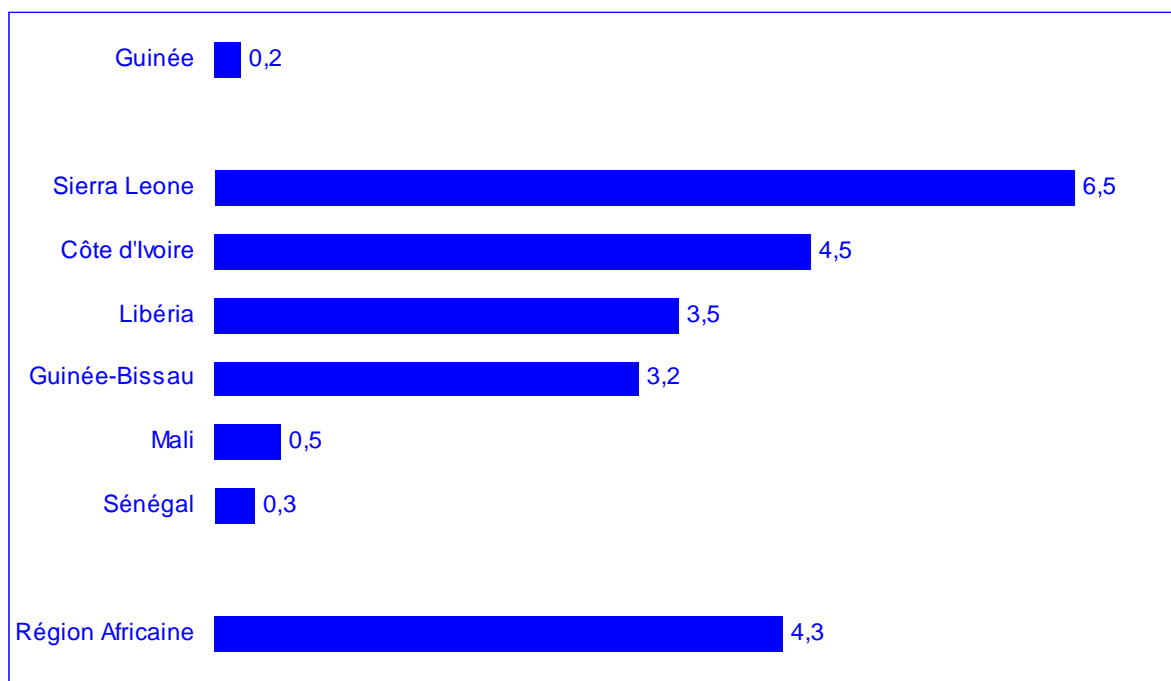
Facteurs de Risque pour la santé

Figure 58 : Usage actuel du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus en Guinée et dans les pays limitrophes, par sexe, en pourcentage, 2006



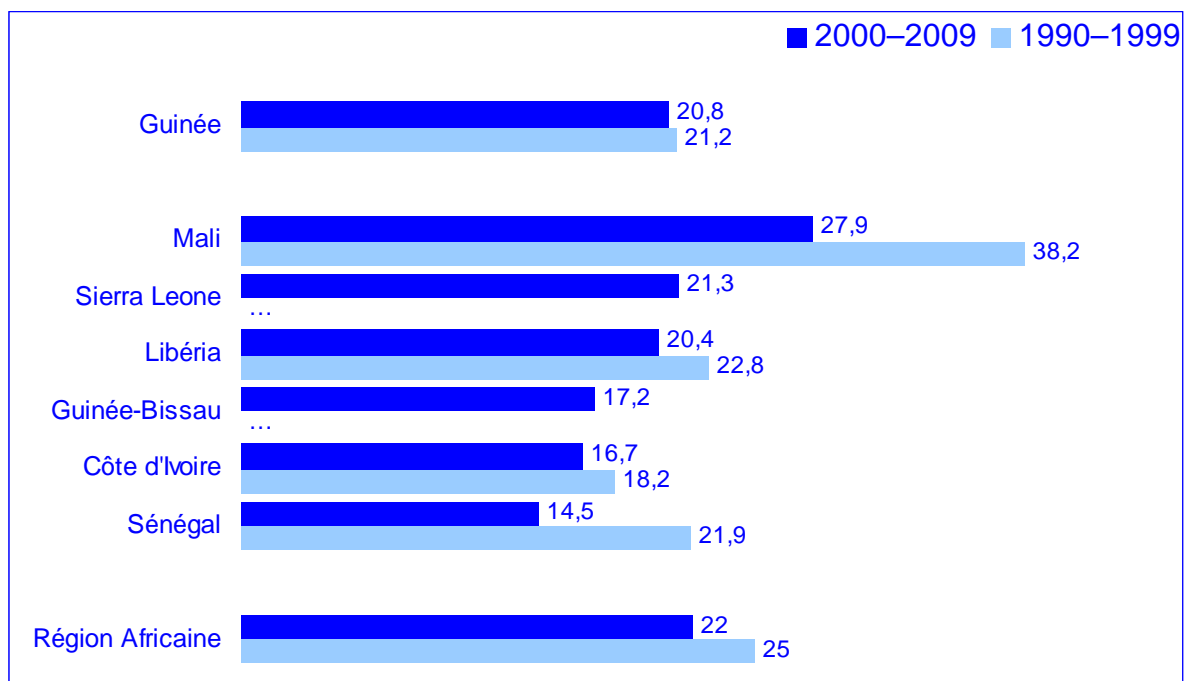
... : Données indisponibles

Figure 59 : Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par personne et par an) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2005



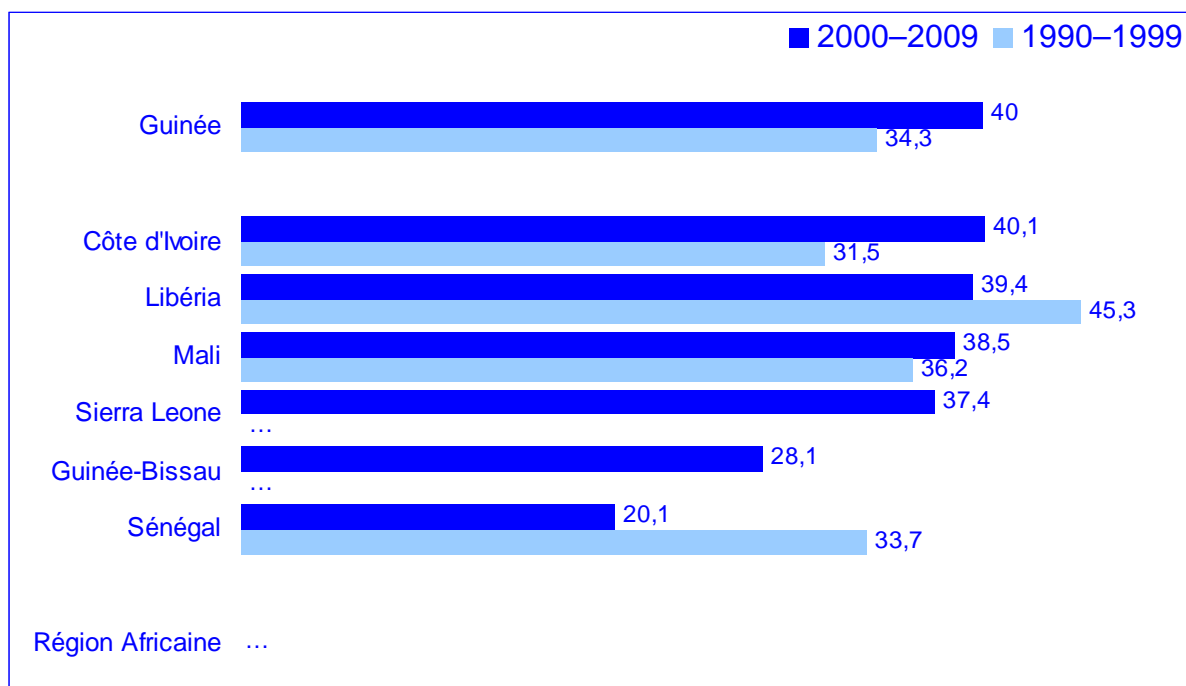
Alimentation et nutrition

Figure 60 : Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2009 et 1990-1999.



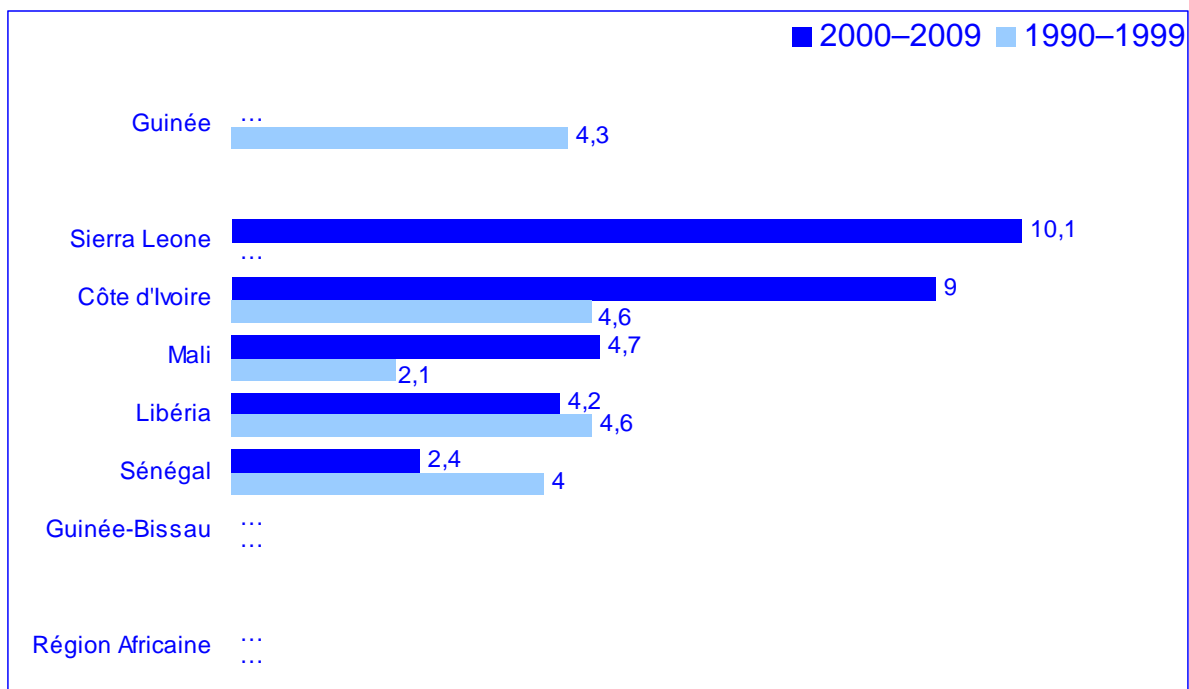
... : Données indisponibles

Figure 61 : Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2009 et 1990-1999



... : Données indisponibles

Figure 62 : Enfants de moins de 5 ans présentant un excès pondéral en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2009 et 1990-1999



... : Données indisponibles

4. Déterminants larges de la santé

Démographie

Figure 63 : Indice synthétique de fécondité (par femme) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990.

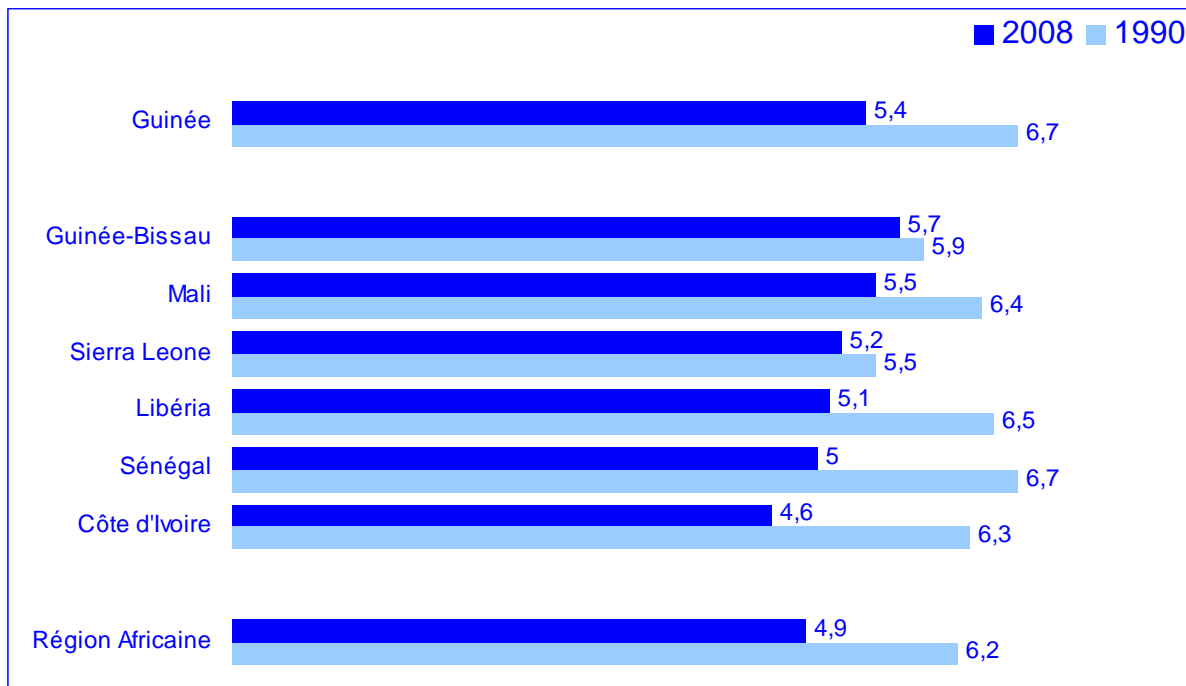


Figure 64 : Distribution d'âge de la population en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008

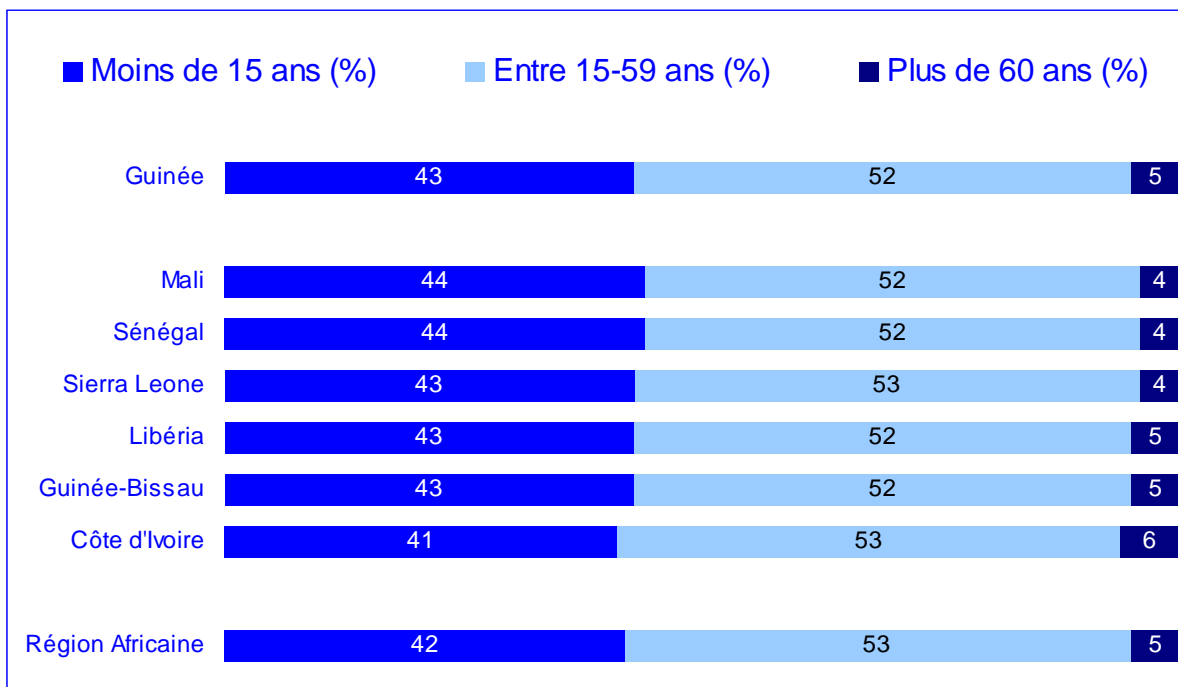
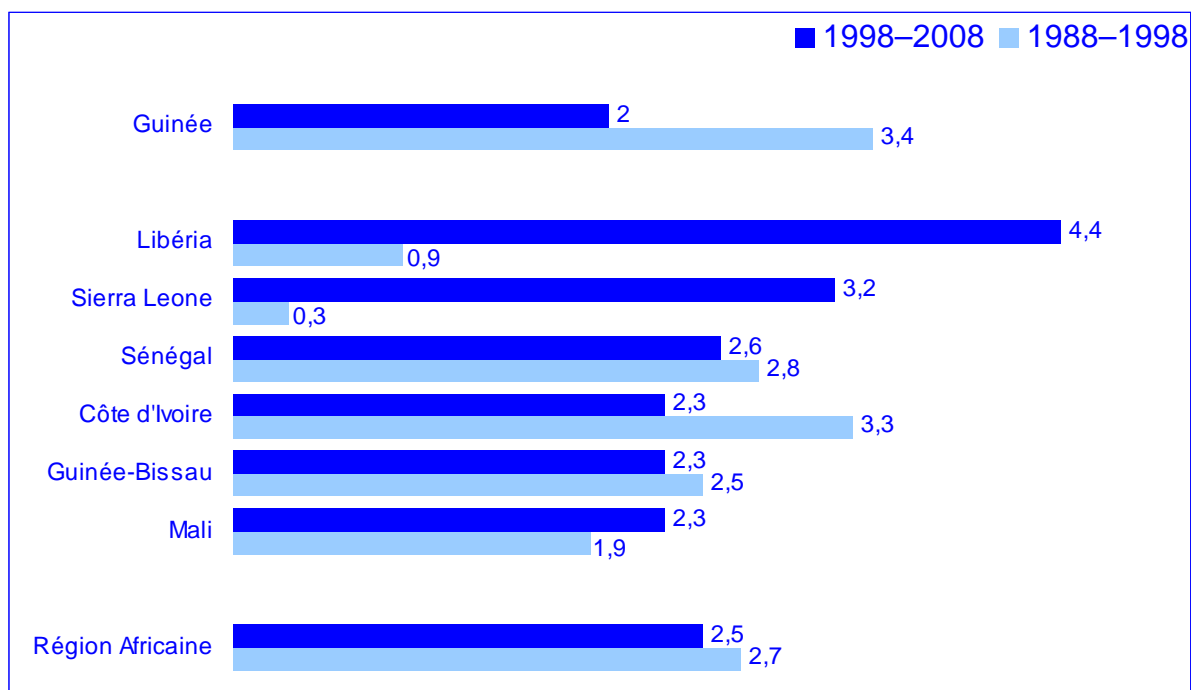
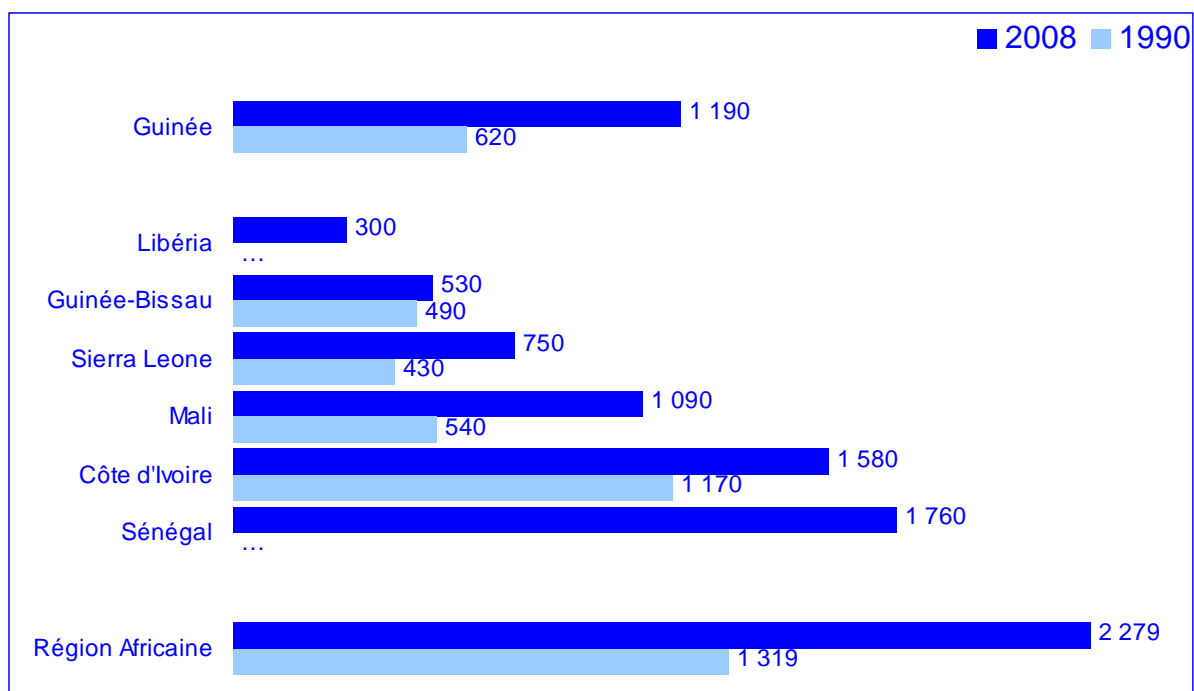


Figure 65 : Taux de croissance démographique annuel (en pourcentage) en Guinée et dans les pays limitrophes, 1998-2008 et 1988-1998



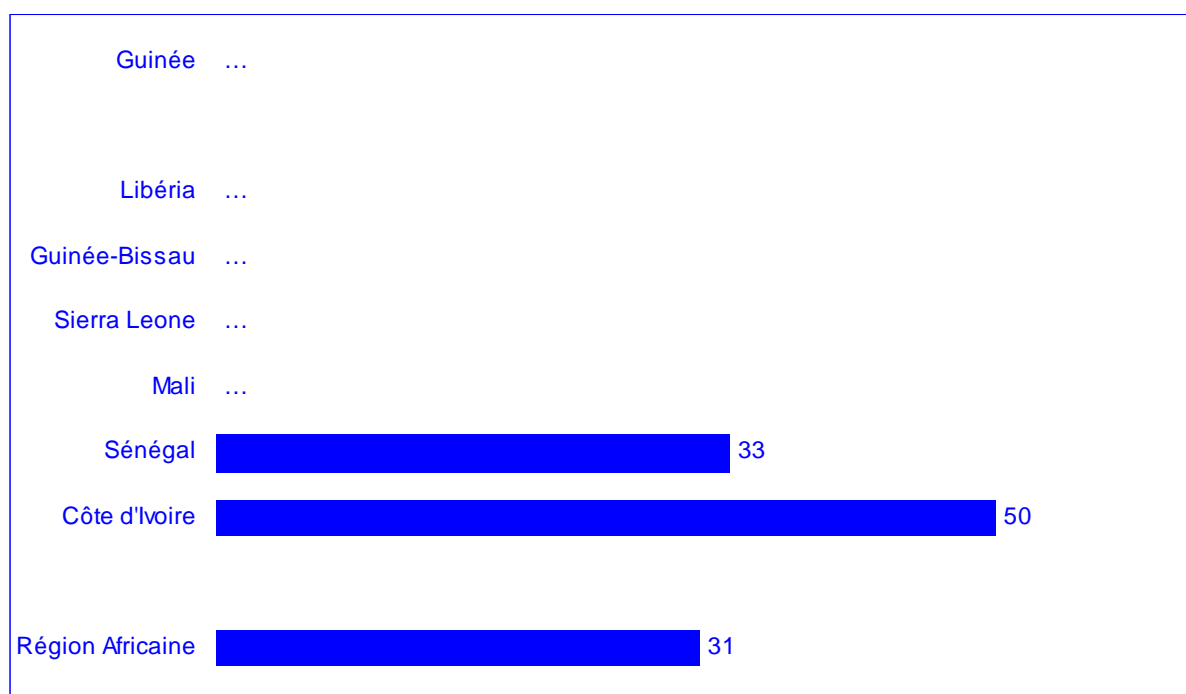
Ressources et infrastructure

Figure 66 : Revenu national brut par habitant (PPA \$ int.) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990



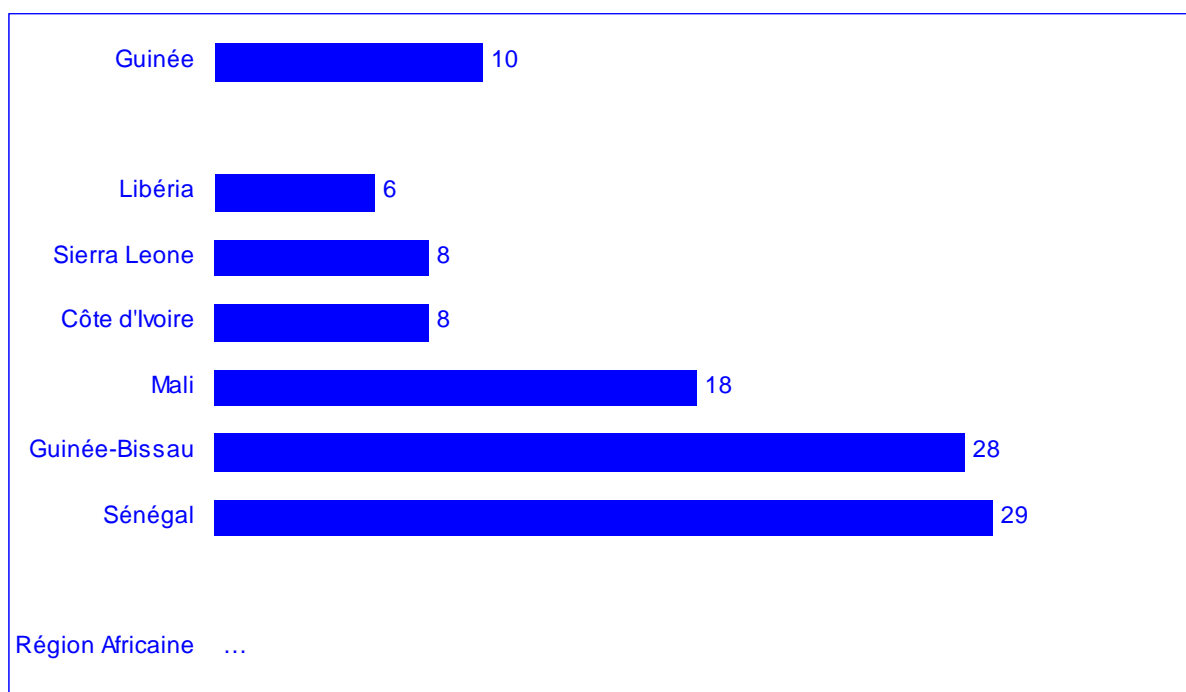
... : Données indisponibles

Figure 67 : Taux d'électrification en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2005



... : Données indisponibles

Figure 68 : Routes dallées en pourcentage de toutes les routes en Guinée et dans les pays limitrophes, 2000-2007



... : Données indisponibles

Source: World Bank Database 2010—Accessed on 10 June 2010

Pauvreté et inégalité de revenu

Figure 69: Population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ int) par jour (c'est à dire dans la pauvreté absolue) en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2007

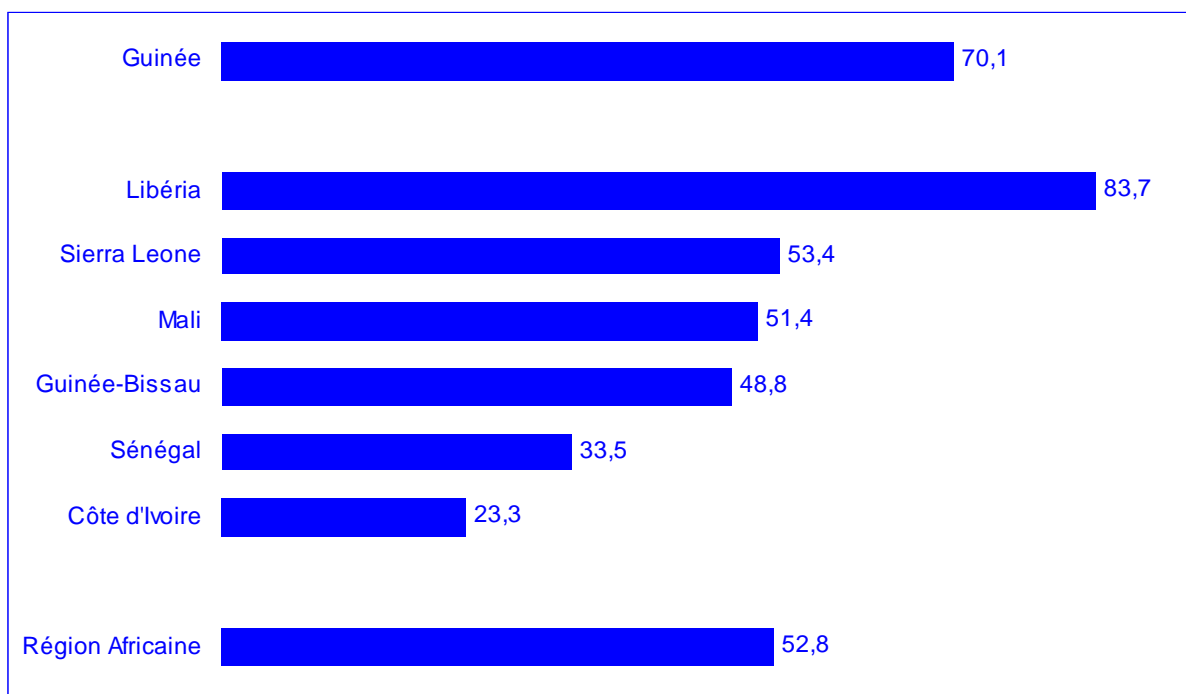
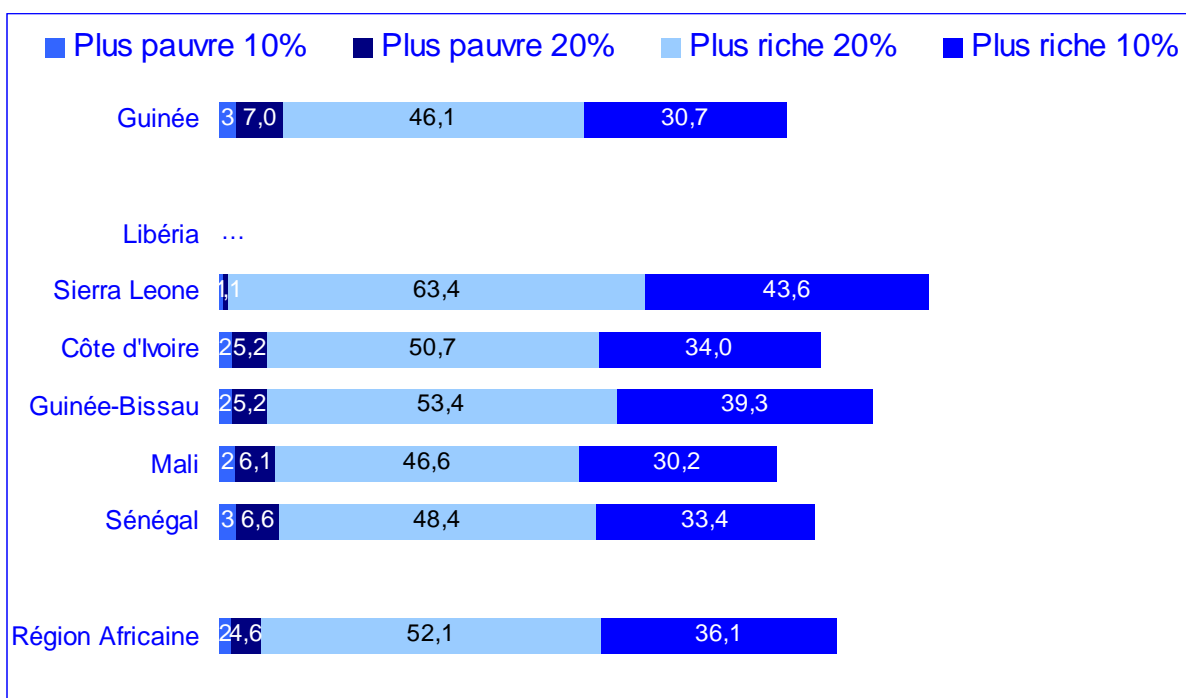


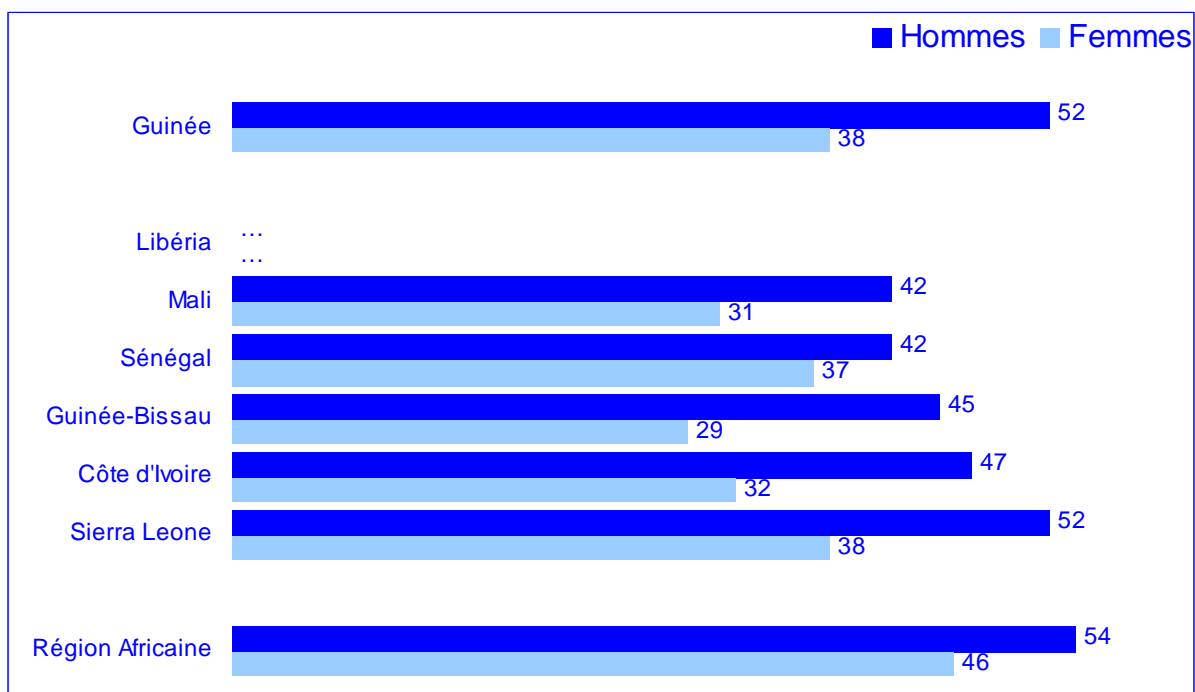
Figure 70: Part des revenus dans les groupes de populations les plus pauvres et les plus riches dans les populations en Guinée et dans les pays limitrophes, 1989-2005



Source: World Bank 2010

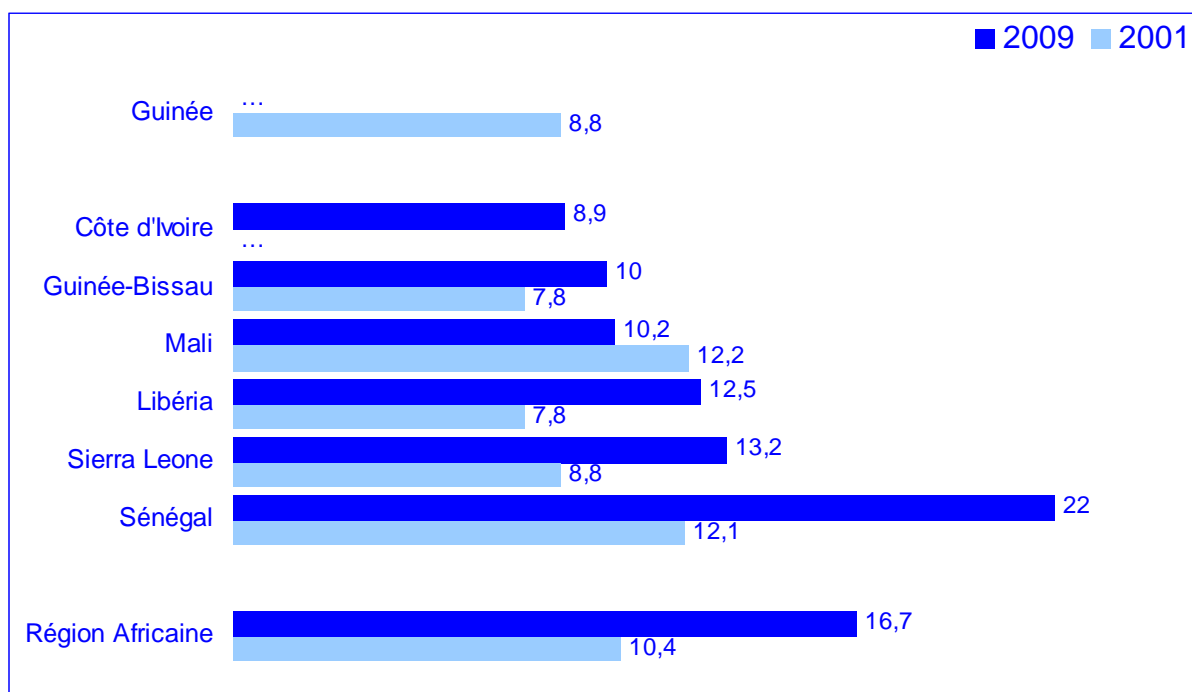
Equité du genre

Figure 71 : Ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire en Guinée et dans les pays limitrophes, 2005



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Figure 72 : Sièges occupés par les femmes dans les parlements nationaux en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009 and 2001

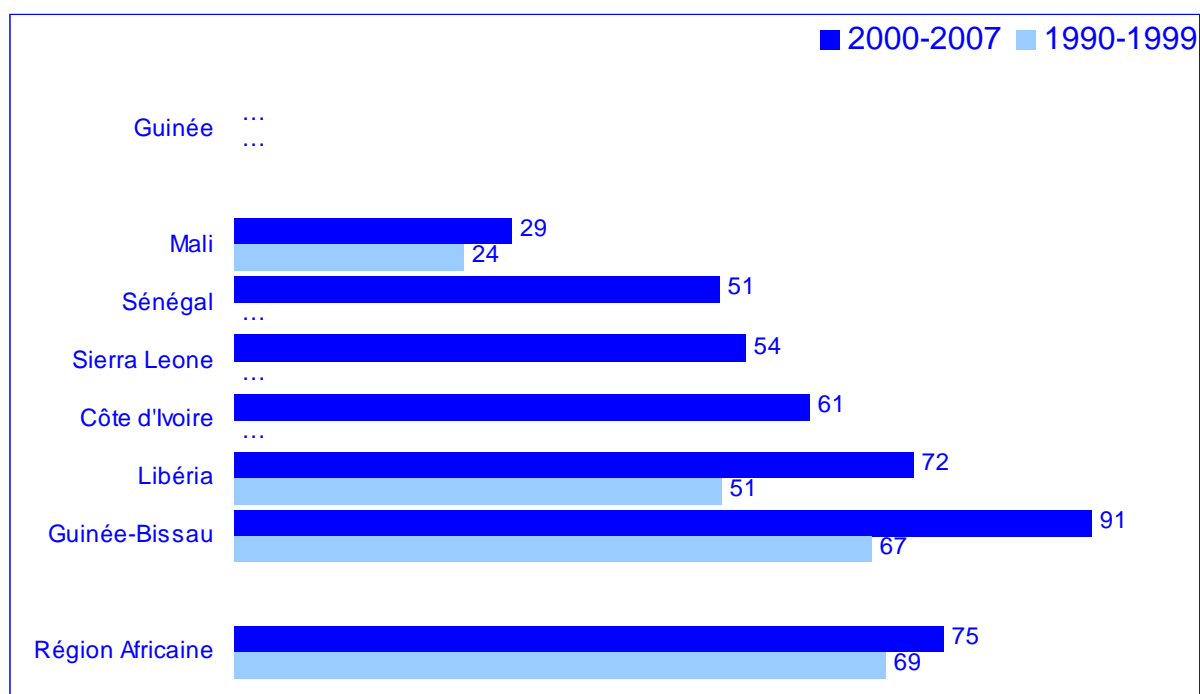


... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Education

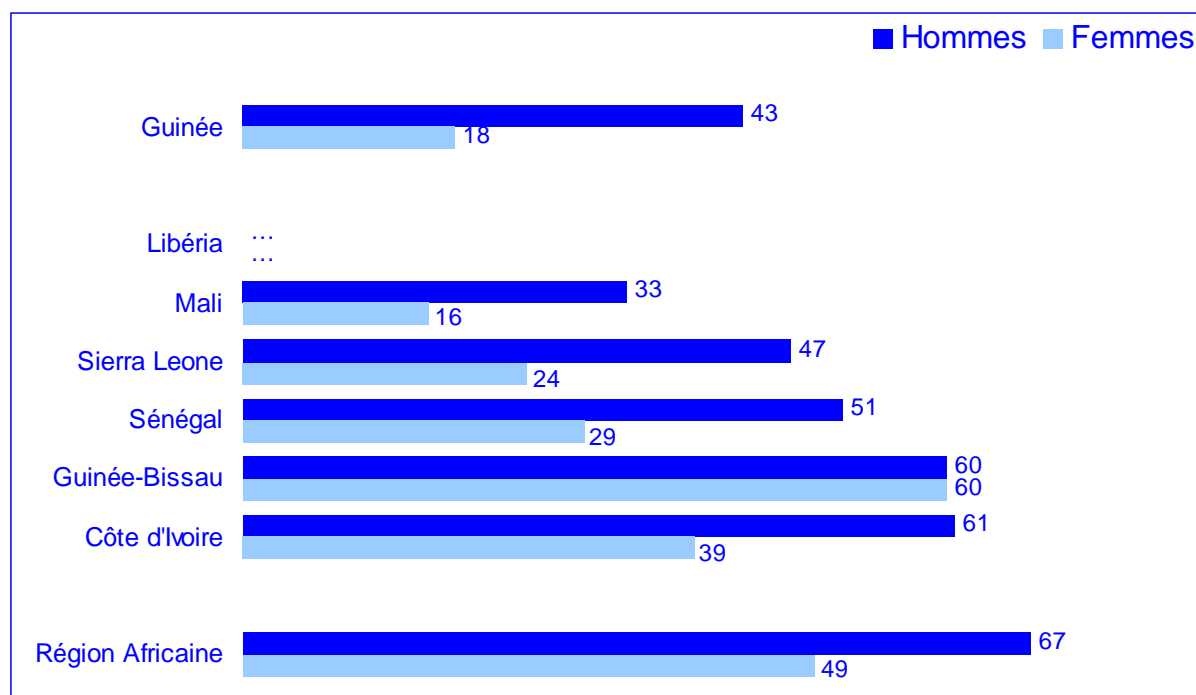
Figure 73 : Population âgée de 15-24 ans sachant lire et écrire (taux d'alphabétisation des jeunes) en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2007 et 1990-1999



... : Données indisponibles

Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

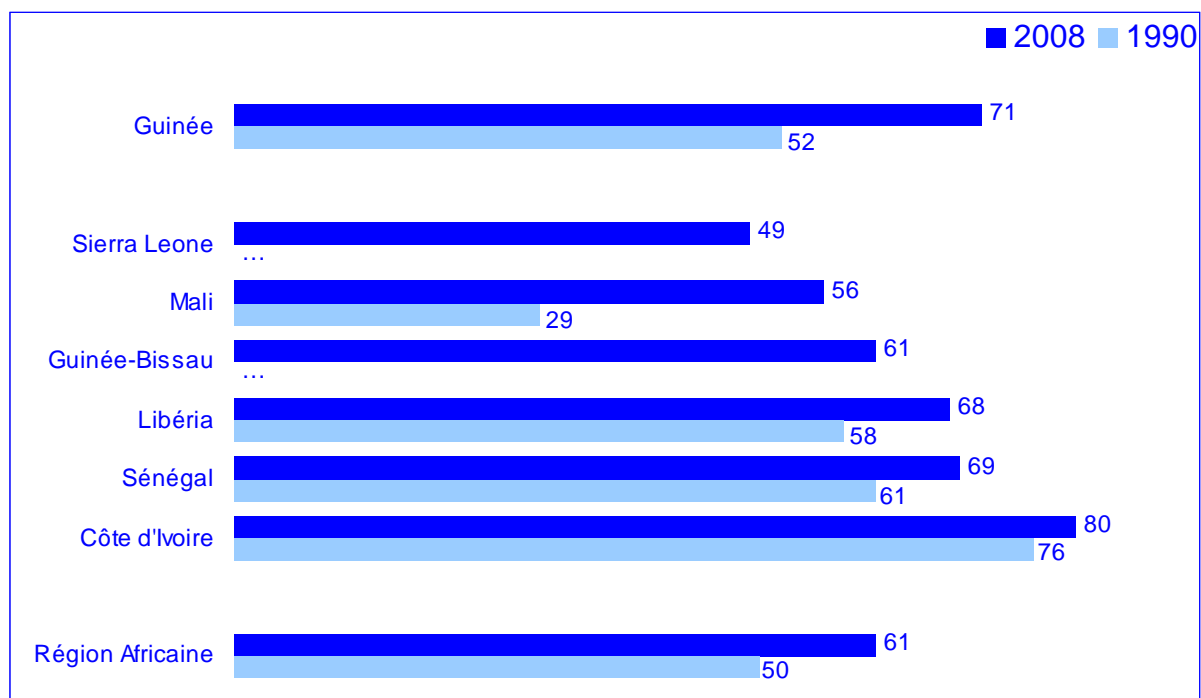
Figure 74 : Taux d'alphabétisation des adultes (en pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus) en Guinée et dans les pays limitrophes, hommes et femmes 1995-2005



Source: UNESCO Institute for Statistics. 2007

Environnement

Figure 75 : Population utilisant des sources d'eau potable en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990



... : Données indisponibles

Figure 76 : Populations urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau potable en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage 2008

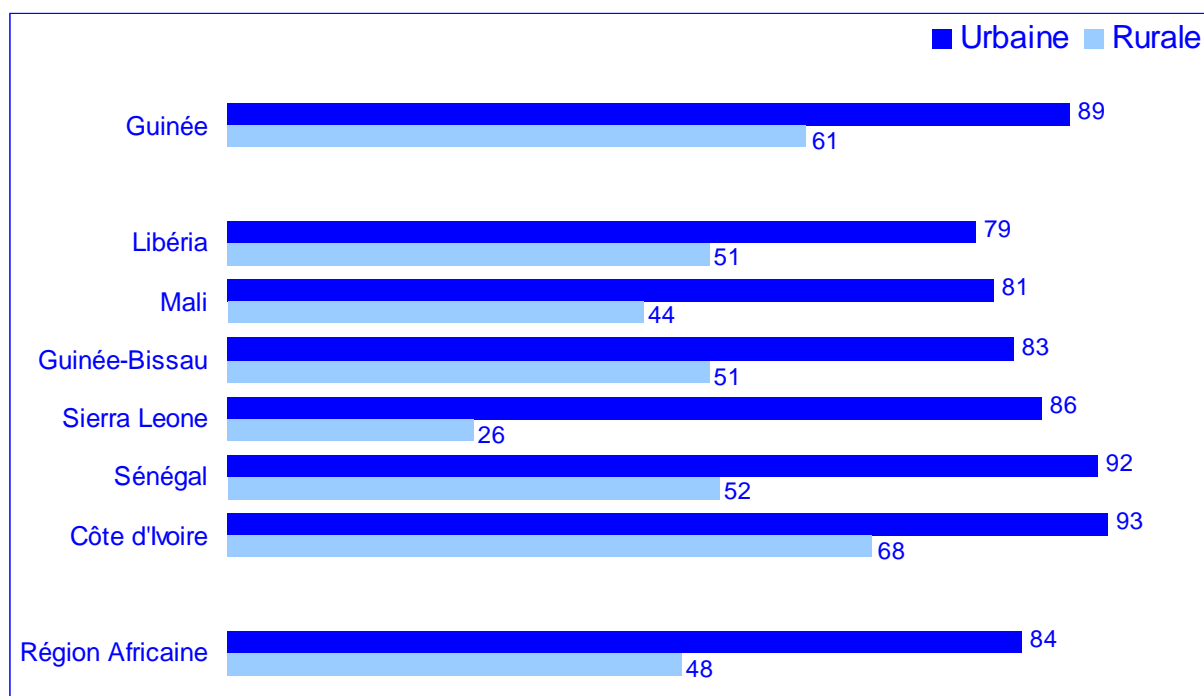
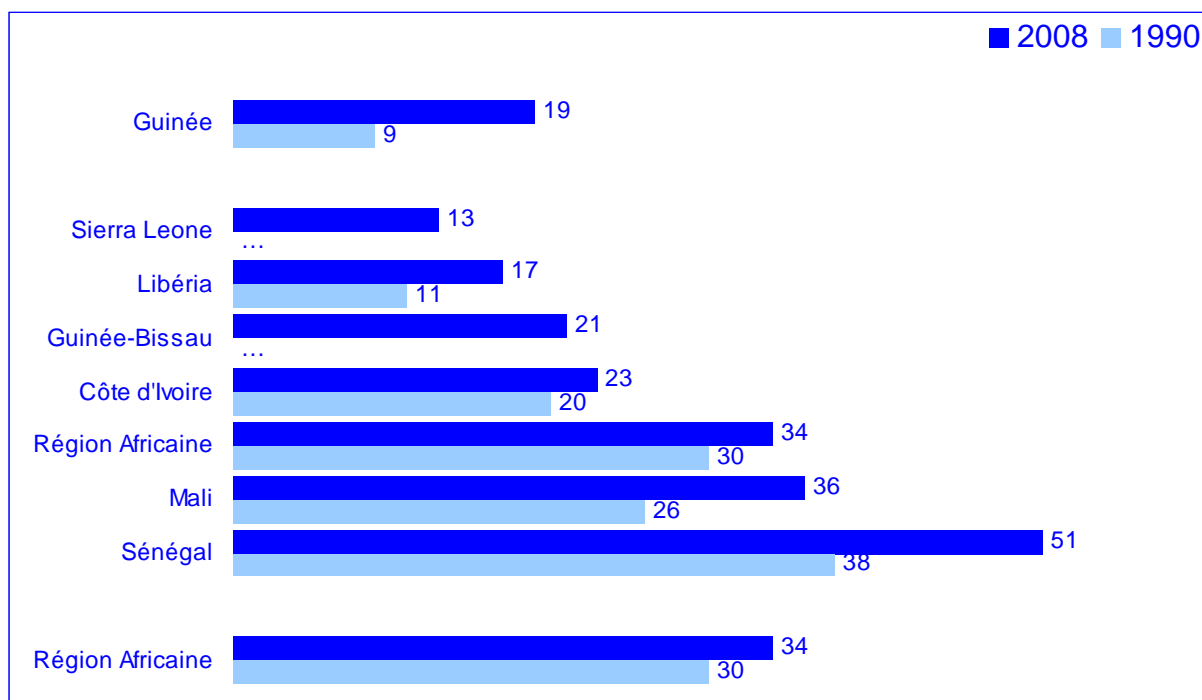


Figure 77 : Population utilisant des installations d'assainissement améliorées en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage 2008 et 1990



... : Données indisponibles

Figure 78 : Populations urbaine et rurale utilisant des installations d'assainissement améliorées en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage 2008

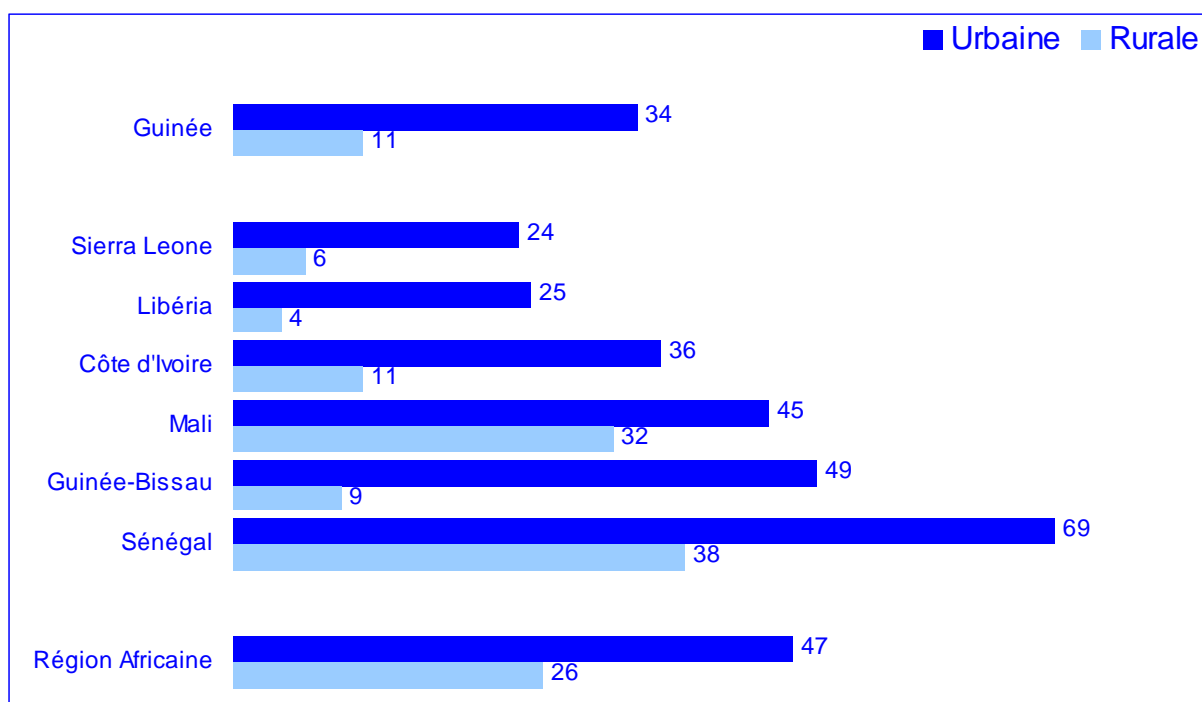


Figure 79 : Population vivant en zone urbaine en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage 2008 et 1990

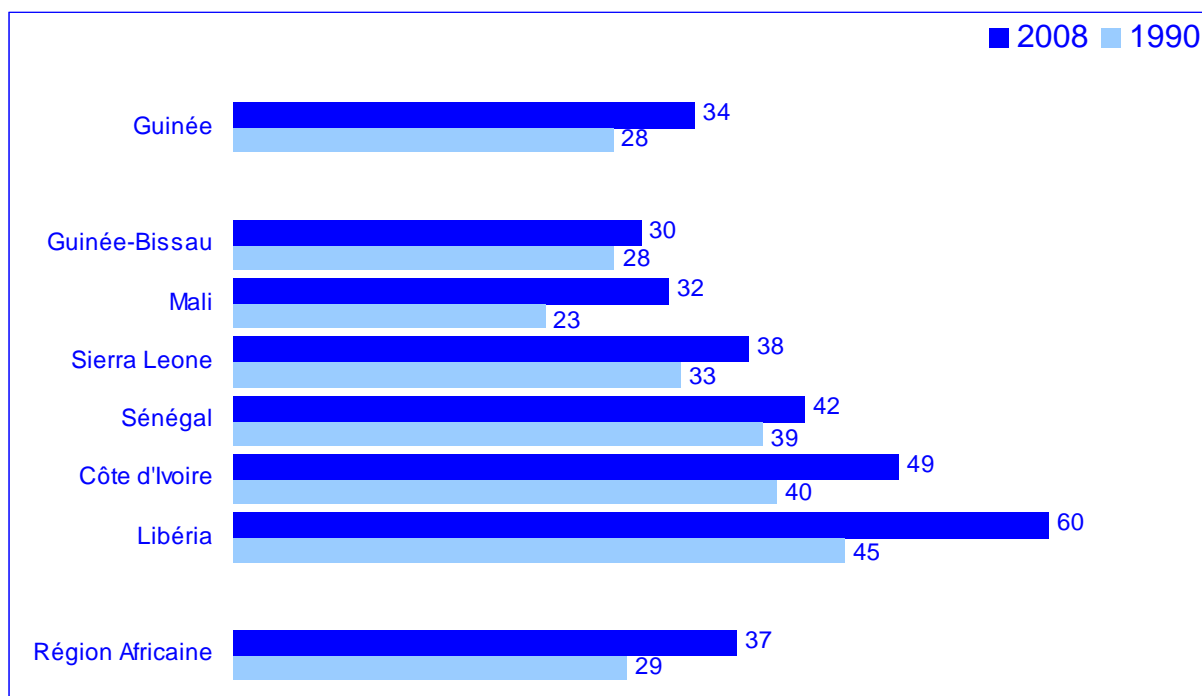
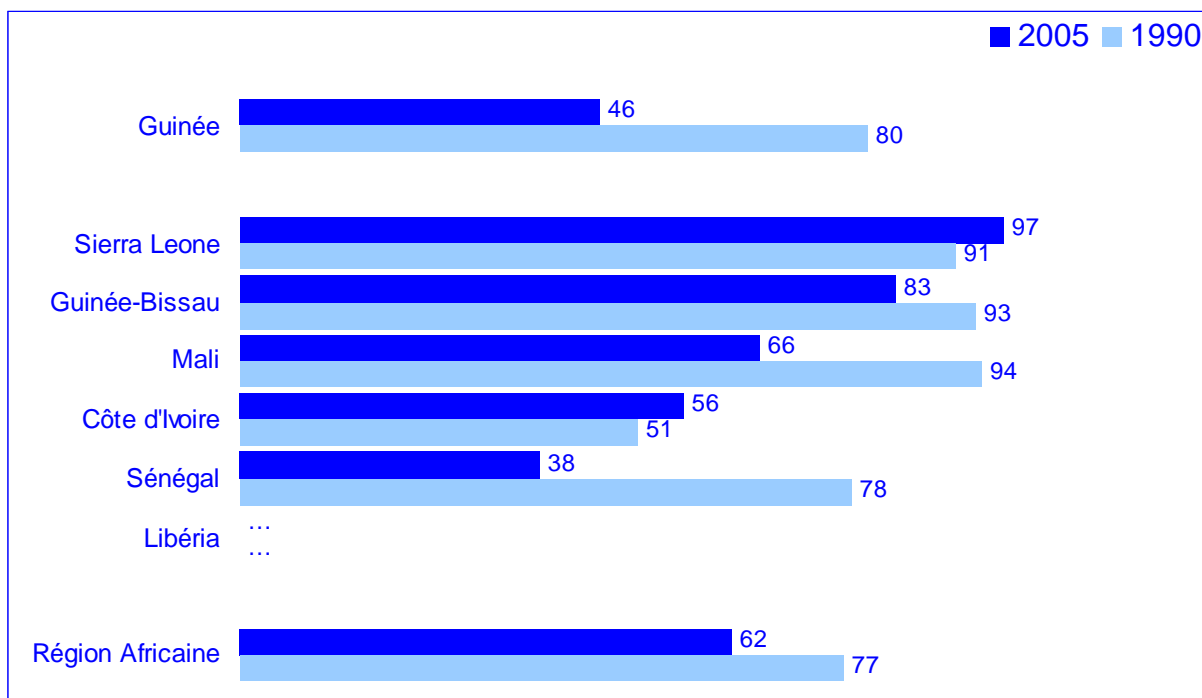


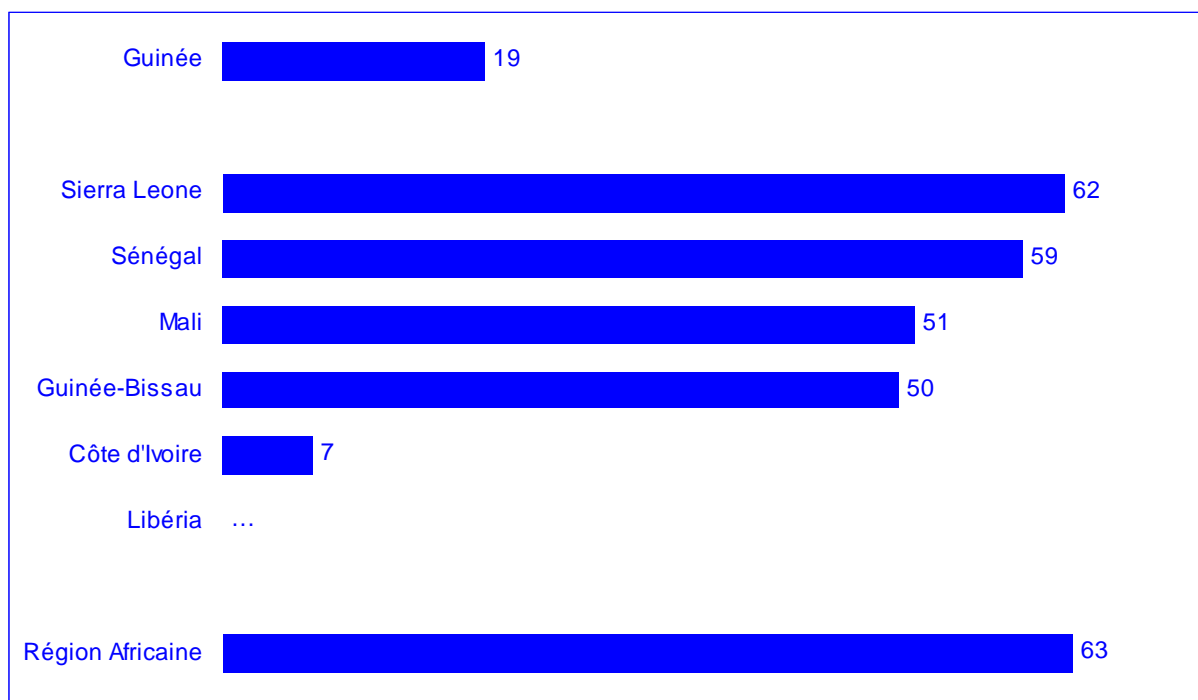
Figure 80 : Population urbaine vivant dans des taudis en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2005 et 1990



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Partenariats mondiaux et flux financiers

Figure 81 : Aide publique au développement (APD) reçue par habitant (en millions de US \$) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2005



Source: OECD-DAC 2007, World Bank 2007

Figure 82 : Aide publique au développement (APD) reçue, en pourcentage du PIB, en Guinée et dans les pays limitrophes, 2005 et 1990

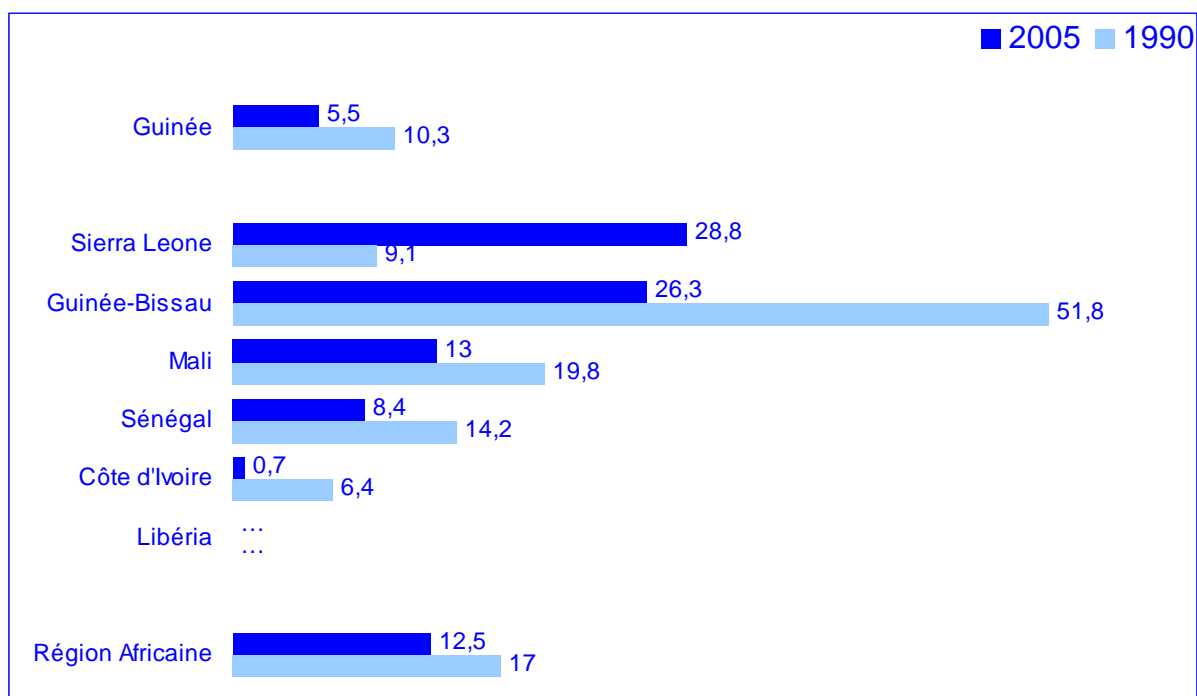
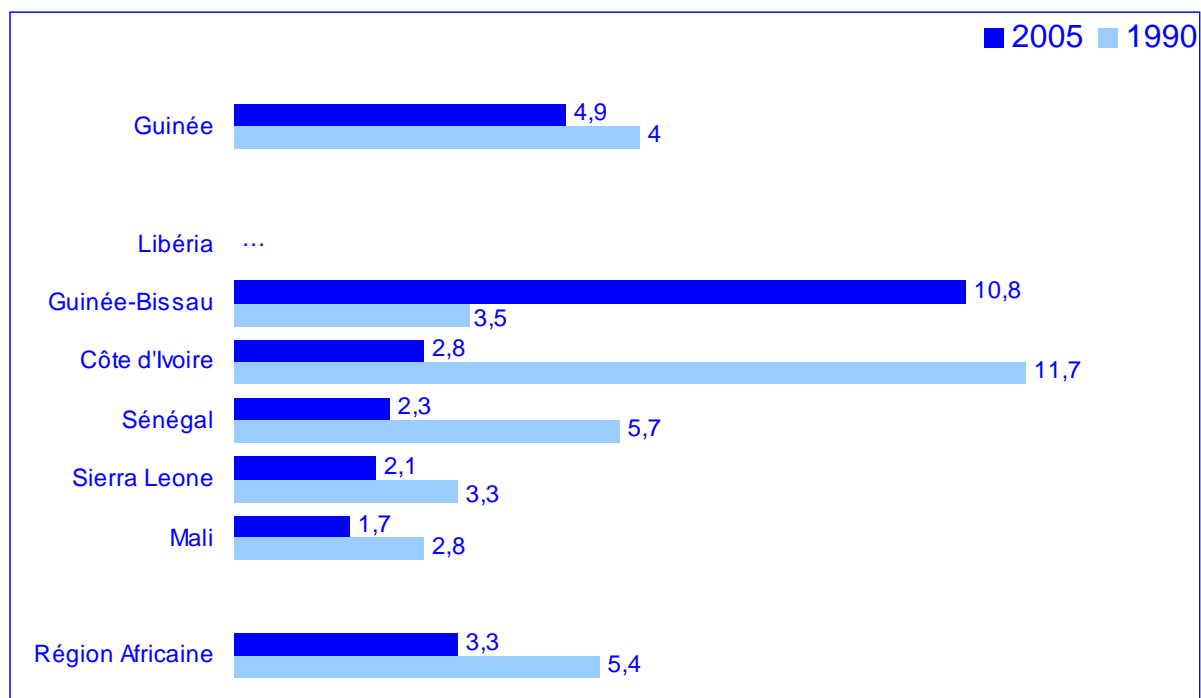
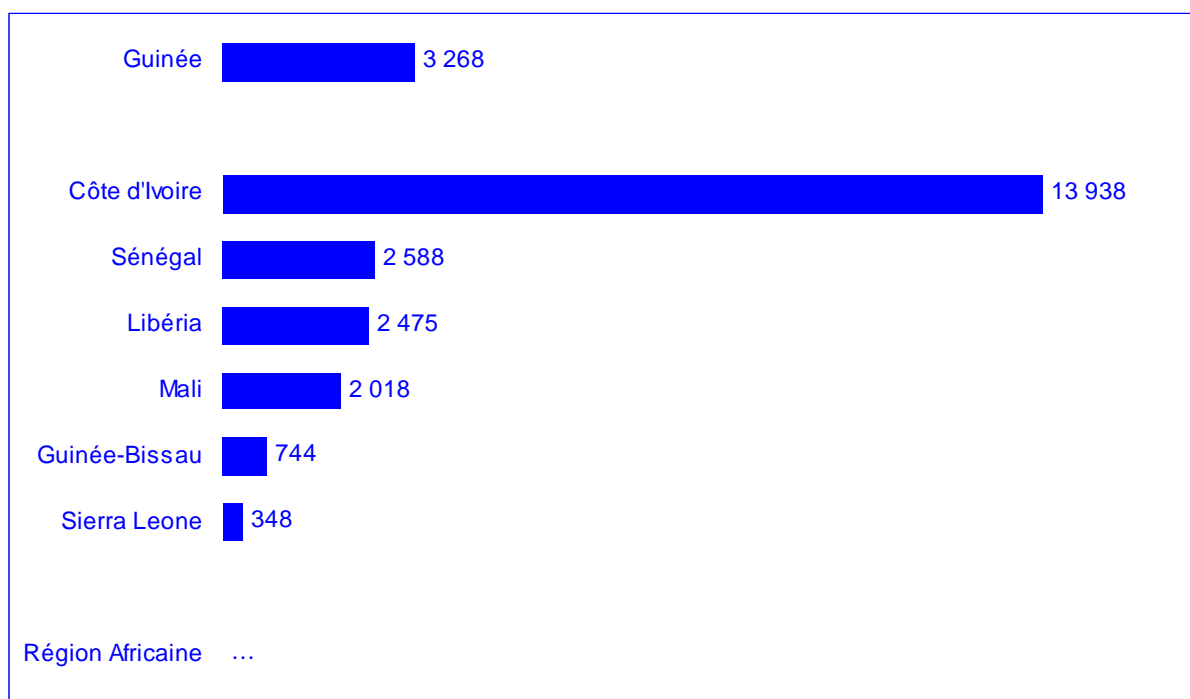


Figure 83 : Service total de la dette par rapport au PIB en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 1990 et 2005



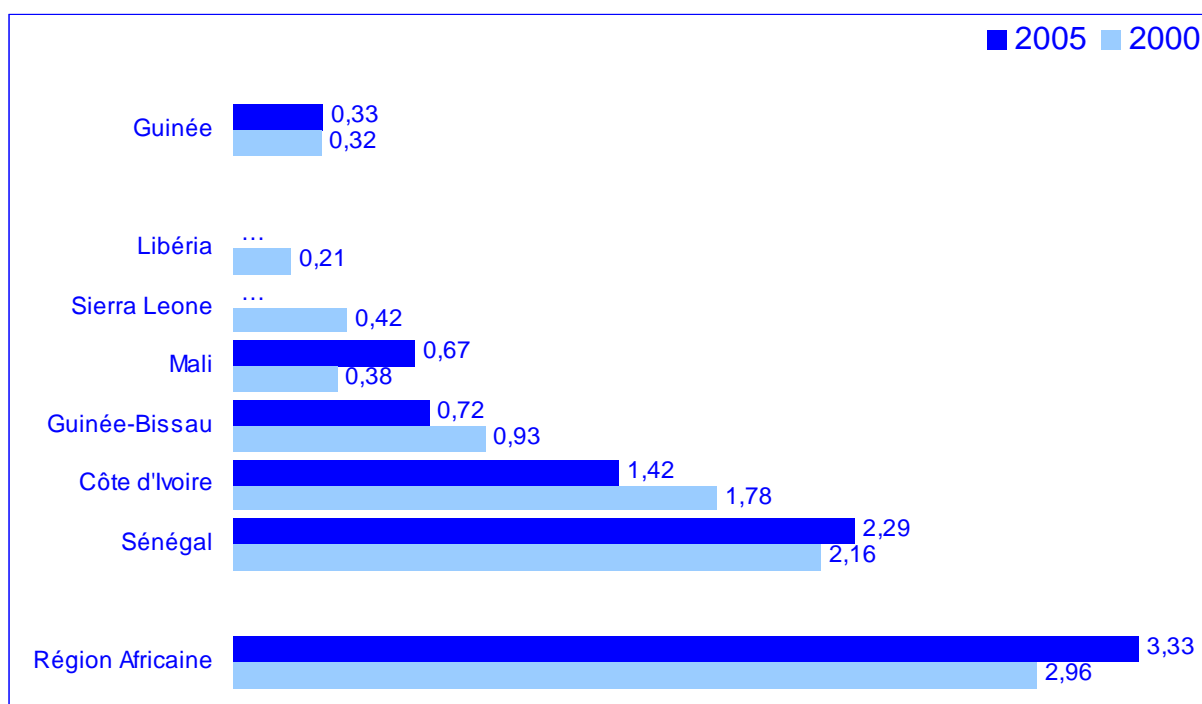
Source: World Bank 2010

Figure 84 : Total de la dette extérieure, (en millions de US\$) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2007



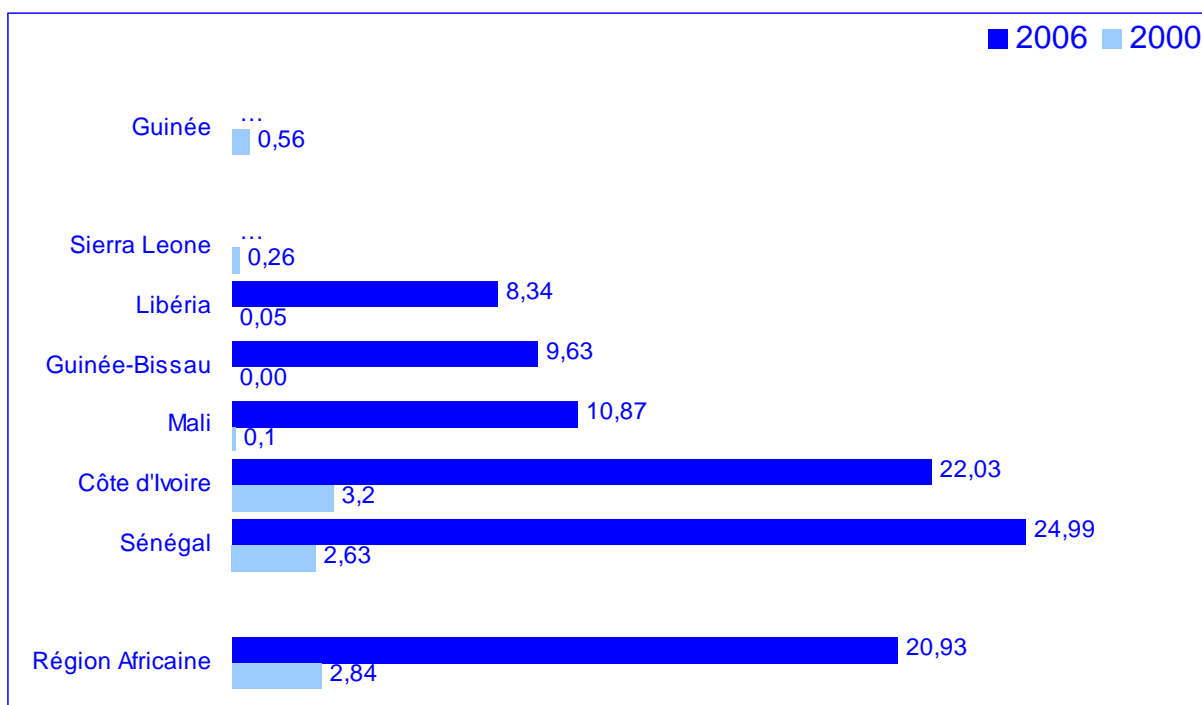
... : Données indisponibles

Figure 85 : Population disposant de téléphone en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2005 et 2000



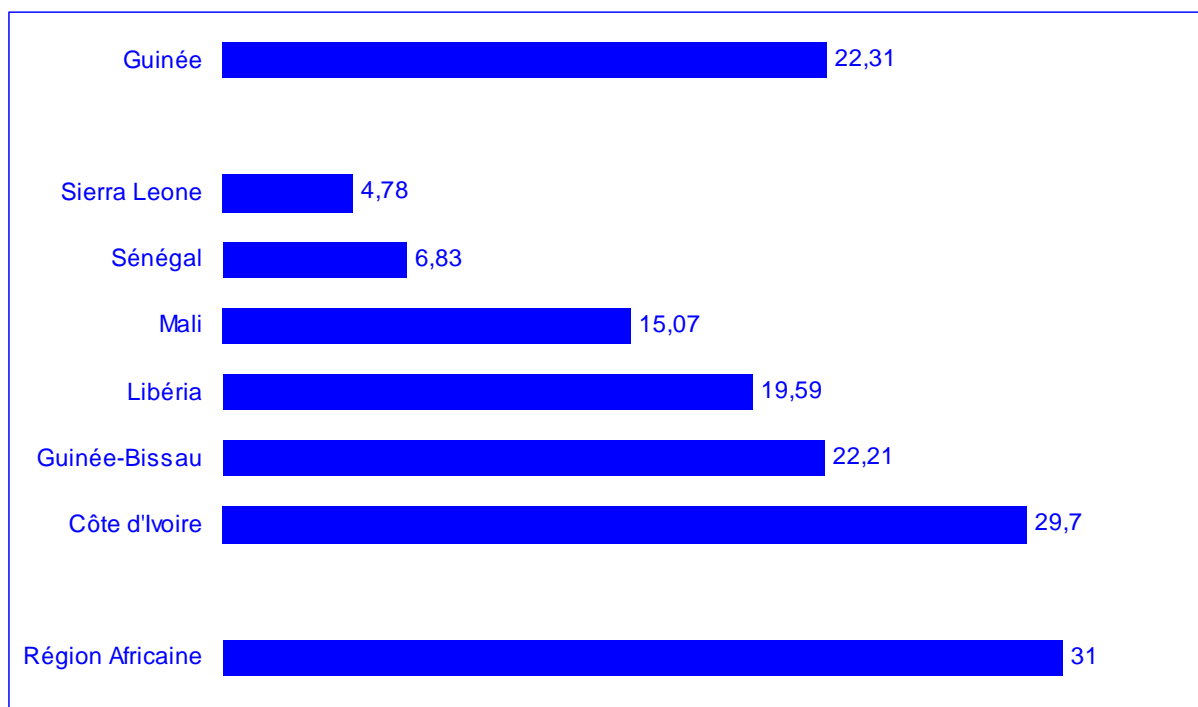
Source: International Telecommunication Union -Accessed 19 September 2009

Figure 86 : Population abonnée au téléphone cellulaire ou mobile en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2006 et 2000



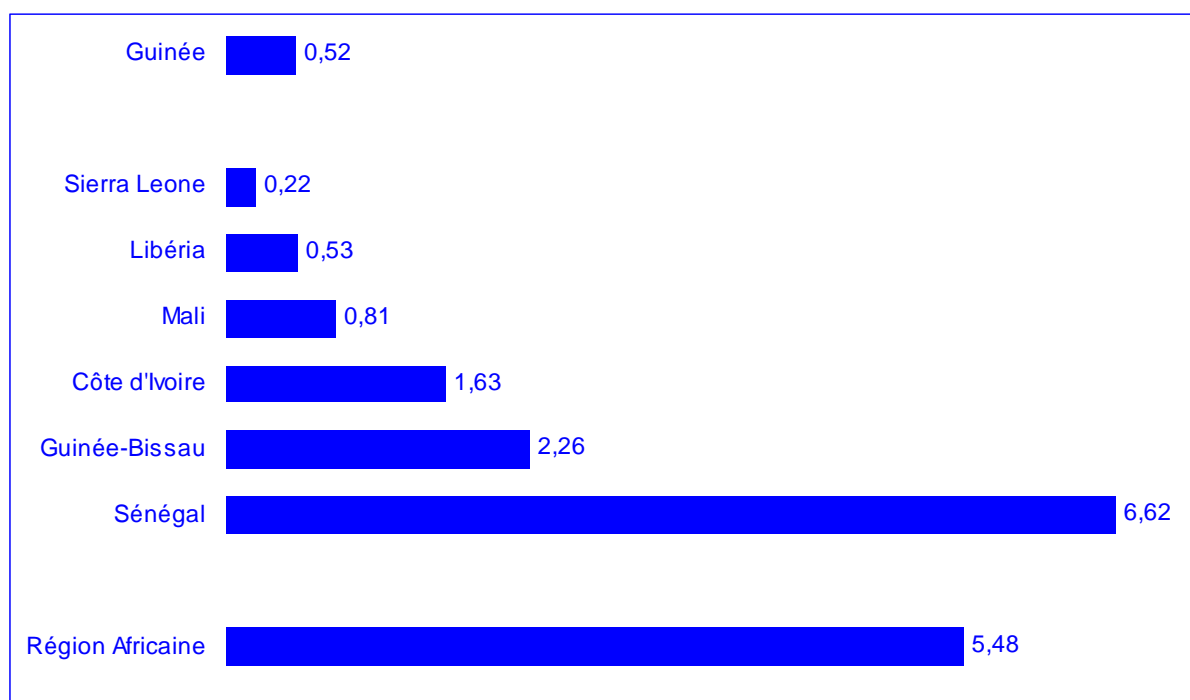
Source: International Telecommunication Union -Accessed 19 September 2009

Figure 87 : Population ayant un abonnement téléphonique (fixe & mobile) en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007



Source: International Telecommunication Union -Accessed 19 September 2009

Figure 88 : Utilisateurs d'Internet dans la population en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage 2007



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

Urgences et désastres

Figure 89 : Nombre total de personnes déplacées internes du pays (en milliers) en Guinée et dans les pays limitrophes, 2006

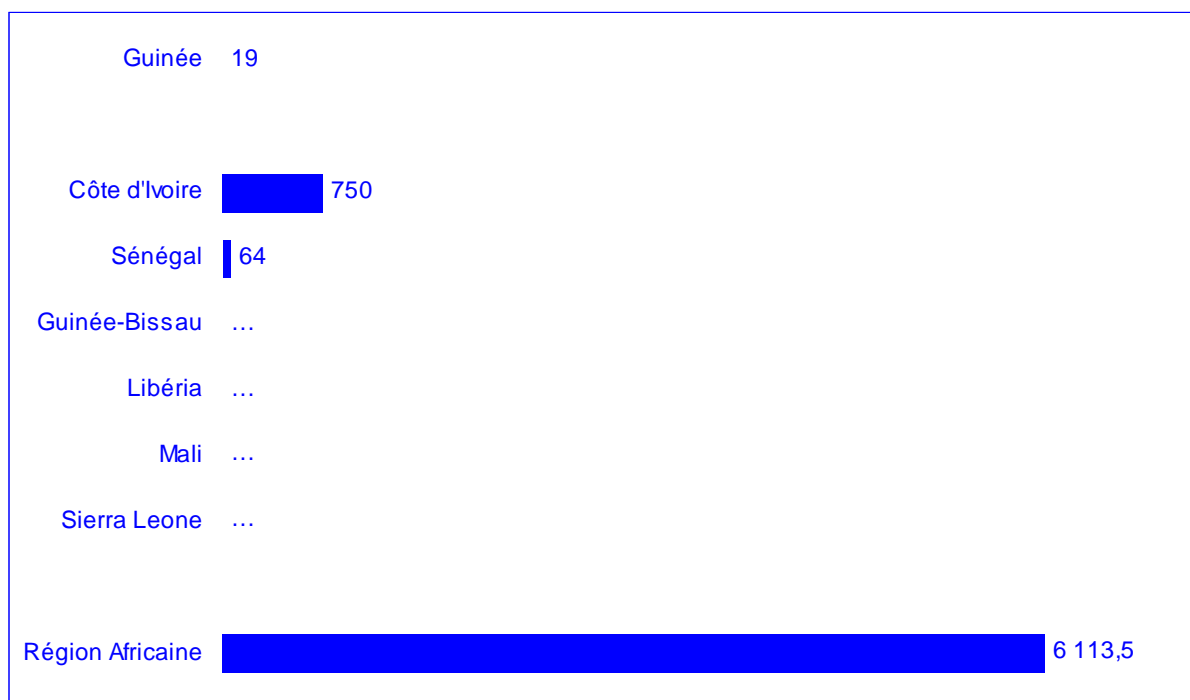
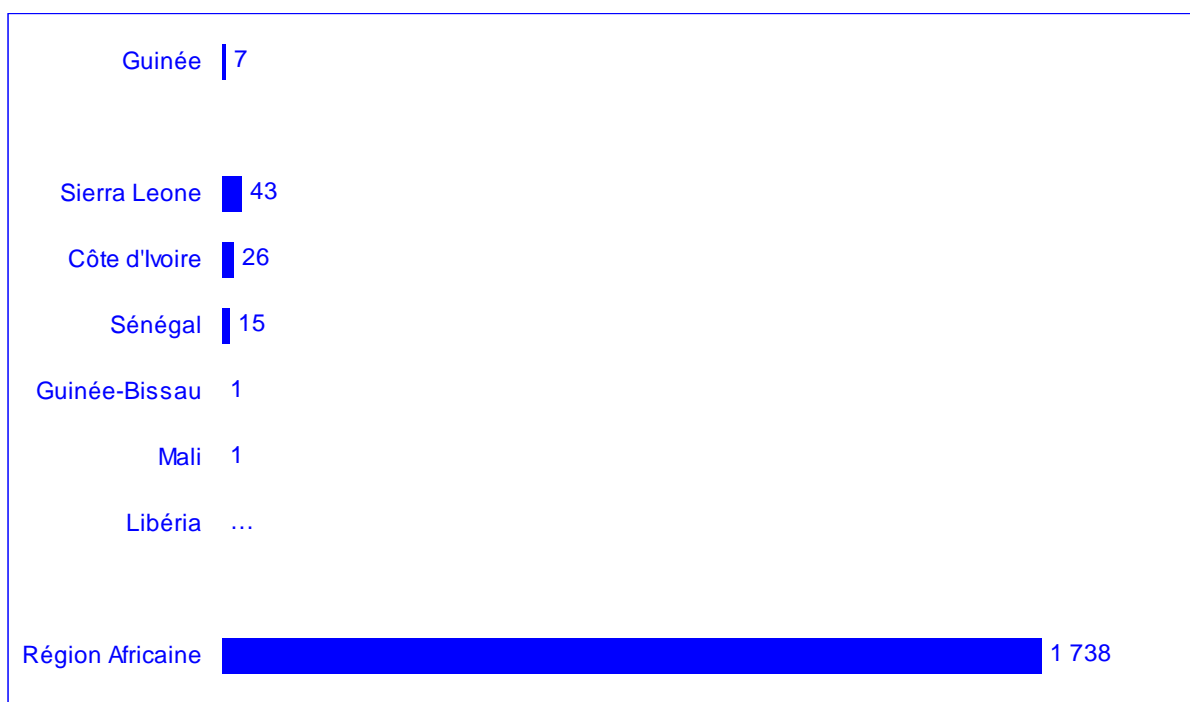


Figure 90 : Nombre total de réfugiés (en milliers) en Guinée et dans les pays limitrophes, par pays d'origine, 2006



... : Données indisponibles

Source: UNHCR 2007

5. Progrès sur les OMD liés à la santé

List officielle des indicateurs des OMD

Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Tous les indicateurs doivent être ventilés, dans la mesure du possible, par sexe et par zone urbaine et rurale

Effectif à compter du 15 janvier 2008

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)* 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5 Ratio emploi/population 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins de 1 dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 2A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2 Proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes
Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 3A: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national
Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	
Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 5B: Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale
Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans 6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida 6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 6B: D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie 6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

Objectif 7: Assurer un environnement durable	
Cible 7A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Emissions de CO ₂ (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées 7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.7 Proportion de espèces menacées d'extinction
Cible 7B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	
Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
Cible 7D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis ^a
Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 8A: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire	Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petites Etats insulaires en développement
Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international	Aide publique au développement (APD)
Cible 8B: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés	8.1 Montant net de l'ADP totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE) 8.2 Proportion de l'ADP bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) 8.3 Proportion de l'ADP bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée 8.4 ADP reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut 8.5 ADP reçue par les petits Etats insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut
Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté	Accès aux marchés
Cible 8C: Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)	8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droits 8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement 8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut 8.9 Proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales
Cible 8D: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme	Viabilité de la dette
	8.10 Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 8E: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
Cible 8F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

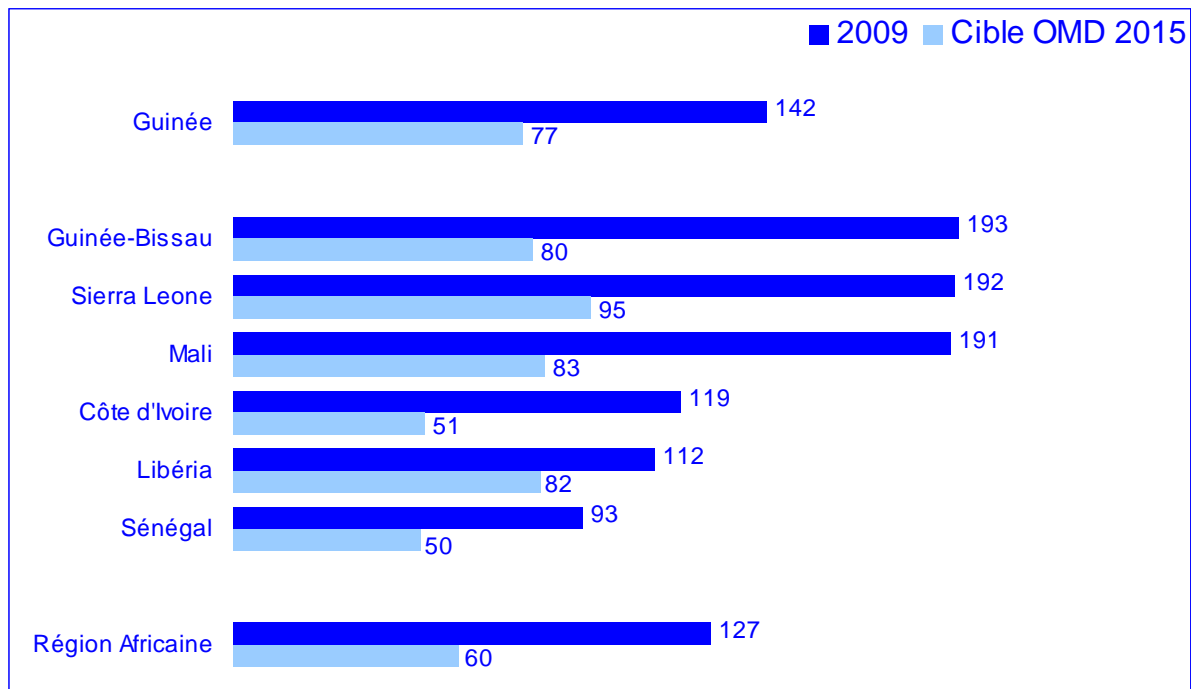
Les objectifs du Millénaire pour le développement, et les cibles correspondantes, sont tirées de la Déclaration du Millénaire, signée en septembre 2000 par les dirigeants de 189 pays, dont 147 Chefs d'Etat et de gouvernement (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>), et d'un autre accord auquel sont parvenus les Etats membres lors du Sommet Mondial de 2005 (Résolution adoptée par l'Assemblée Générale - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>). Les objectifs et cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus à « créer - au niveau tant national que mondial - un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté ».

^a Pour suivre l'évolution de la pauvreté dans les différents pays, il convient d'utiliser, lorsqu'ils existent, des indicateurs fondés sur les seuils de pauvreté nationaux.

^b La proportion effective d'habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes : a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées; c) surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce); d) habitations faites de matériaux non durables.

OMD-5 (*Santé de l'enfant*)

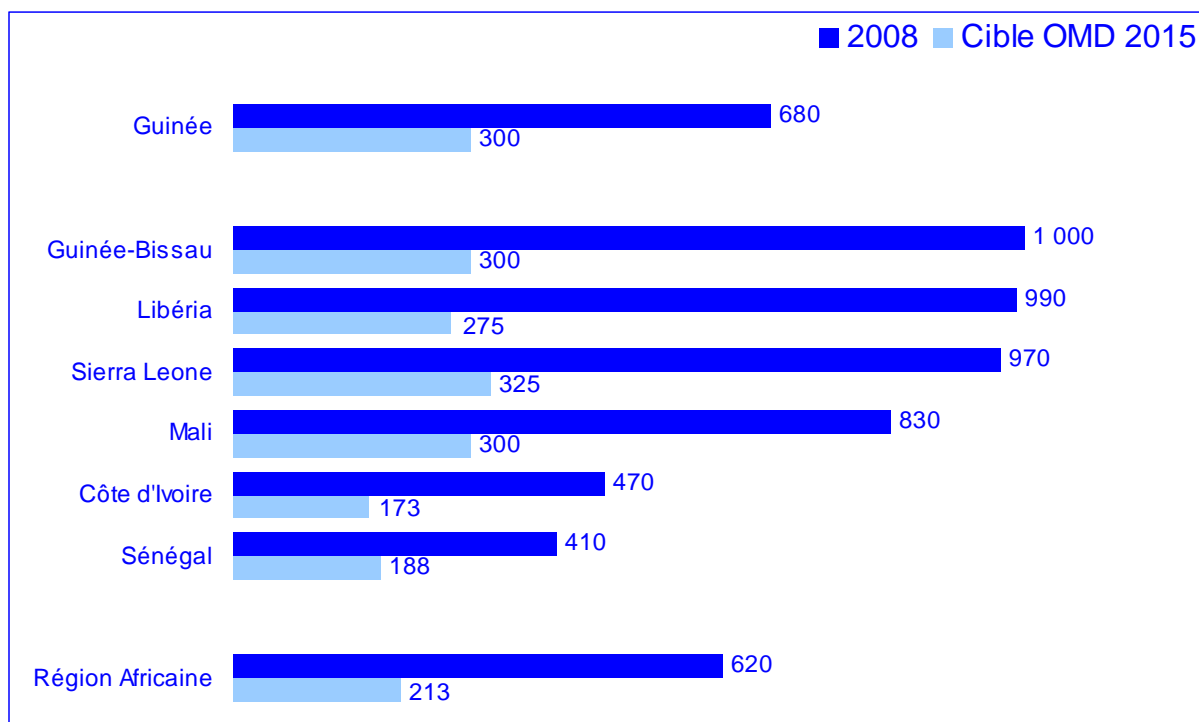
Figure 91: Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes), en 2009, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes



Source: IGME 2009 Estimates

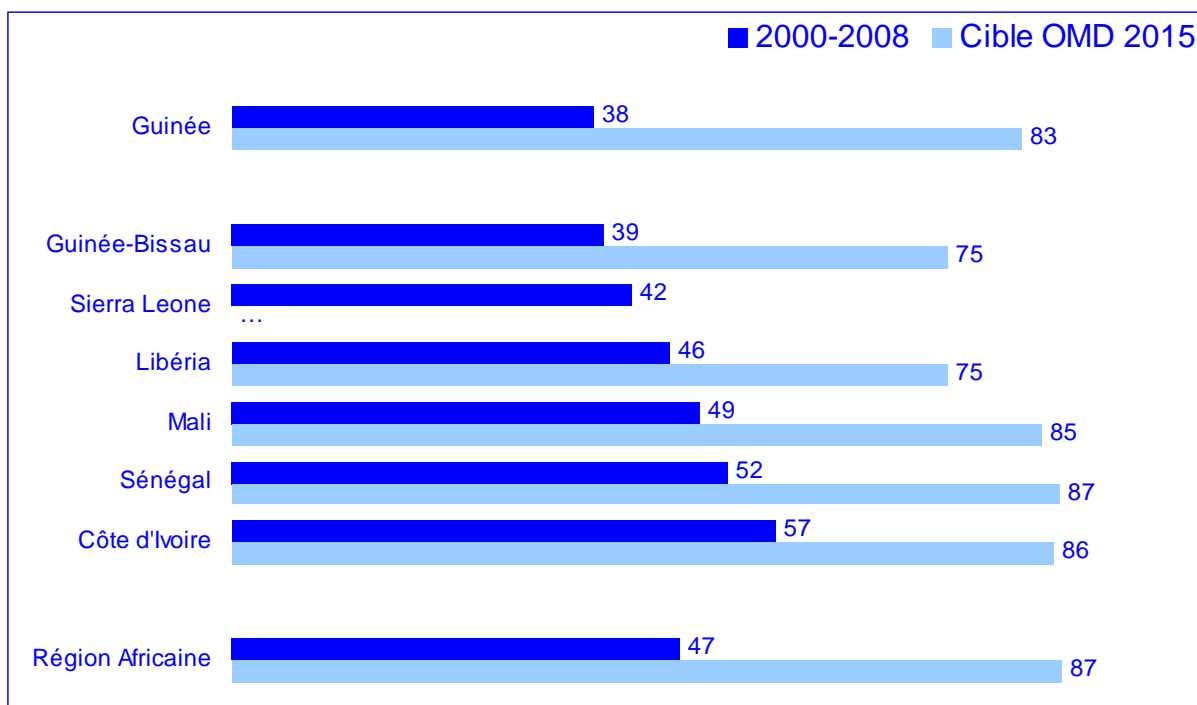
OMD-5 (*Santé de la mère*)

Figure 92: Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances) vivantes, en 2008, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes



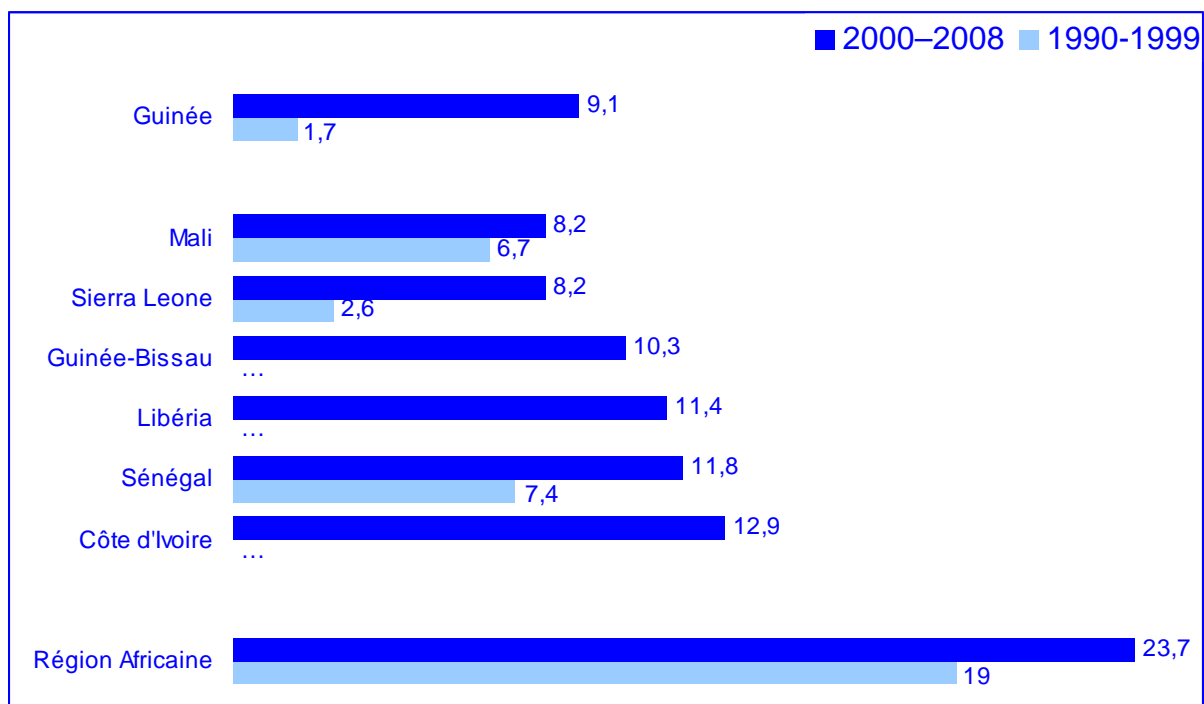
Source: IGME 2009 Estimates

Figure 93 : Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en 2000-2008, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes en Guinée et dans les pays limitrophes



... : Données indisponibles

Figure 94 : Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées âgées de 15-49 ans en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008 et 1990-1999



... : Données indisponibles

OMD-6 (SIDA, Paludisme et Tuberculose)

Figure 95 : Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans en Guinée et dans les pays limitrophes, en 2007 et 2001

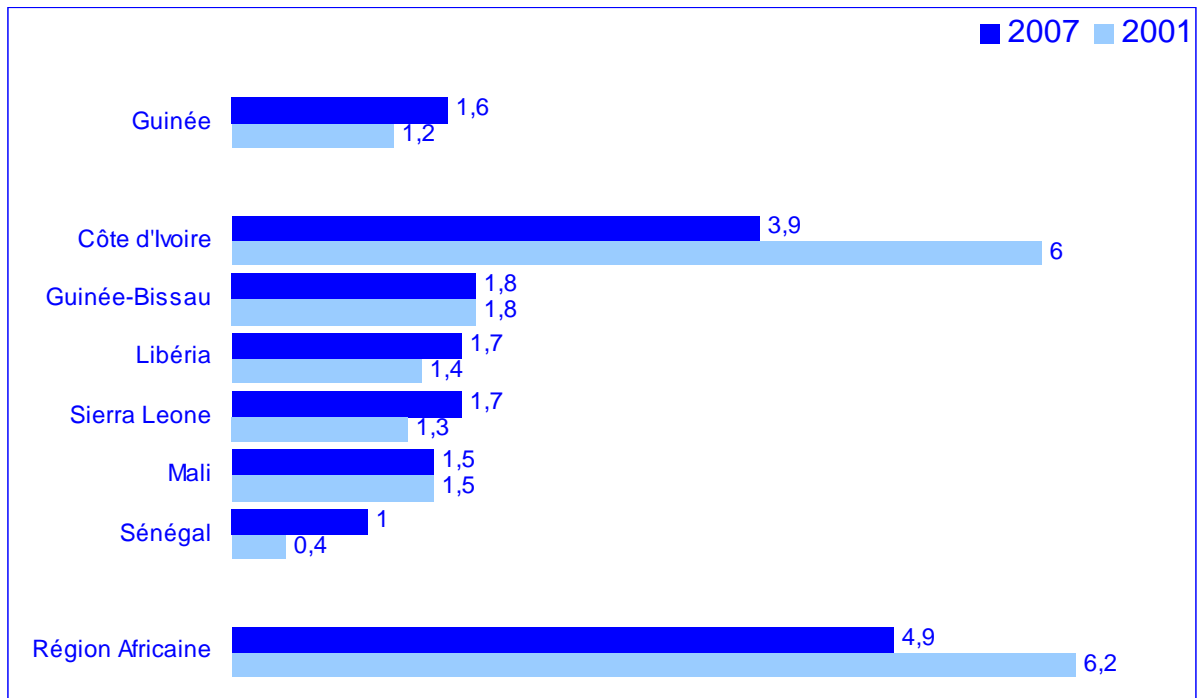


Figure 96 : Population ayant besoin de traitement et qui a accès aux médicaments antiretroviraux en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, en 2007 et 2006

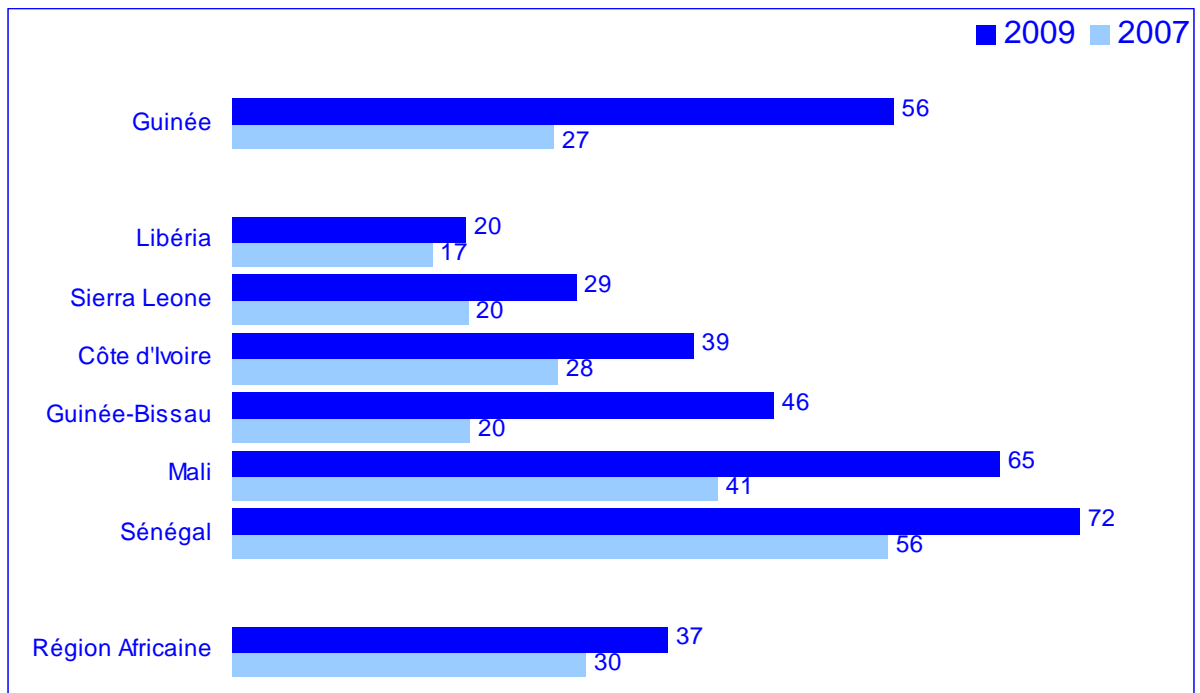
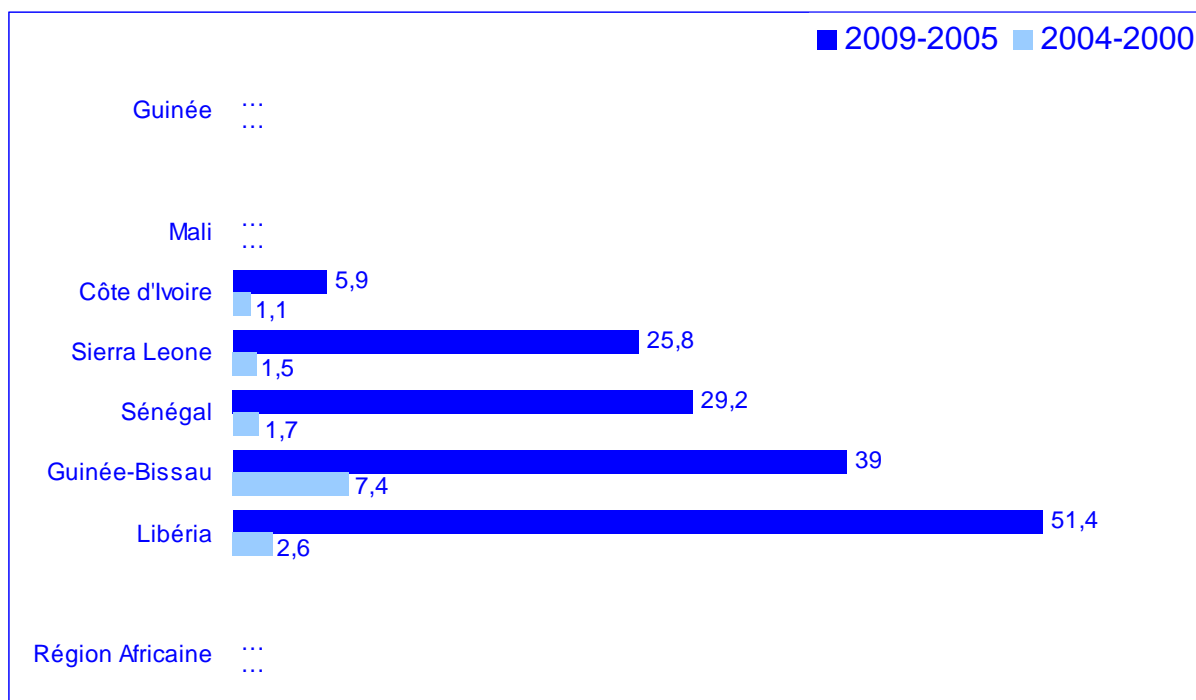
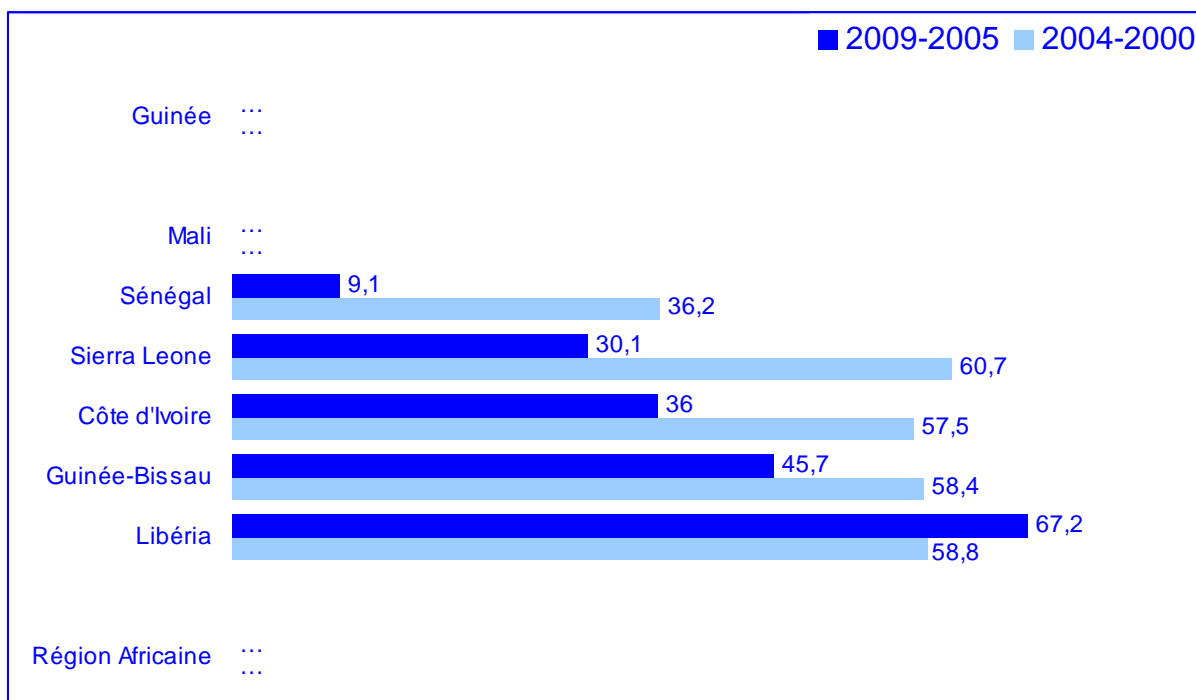


Figure 97 : Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009-2005 et 2004-2000.



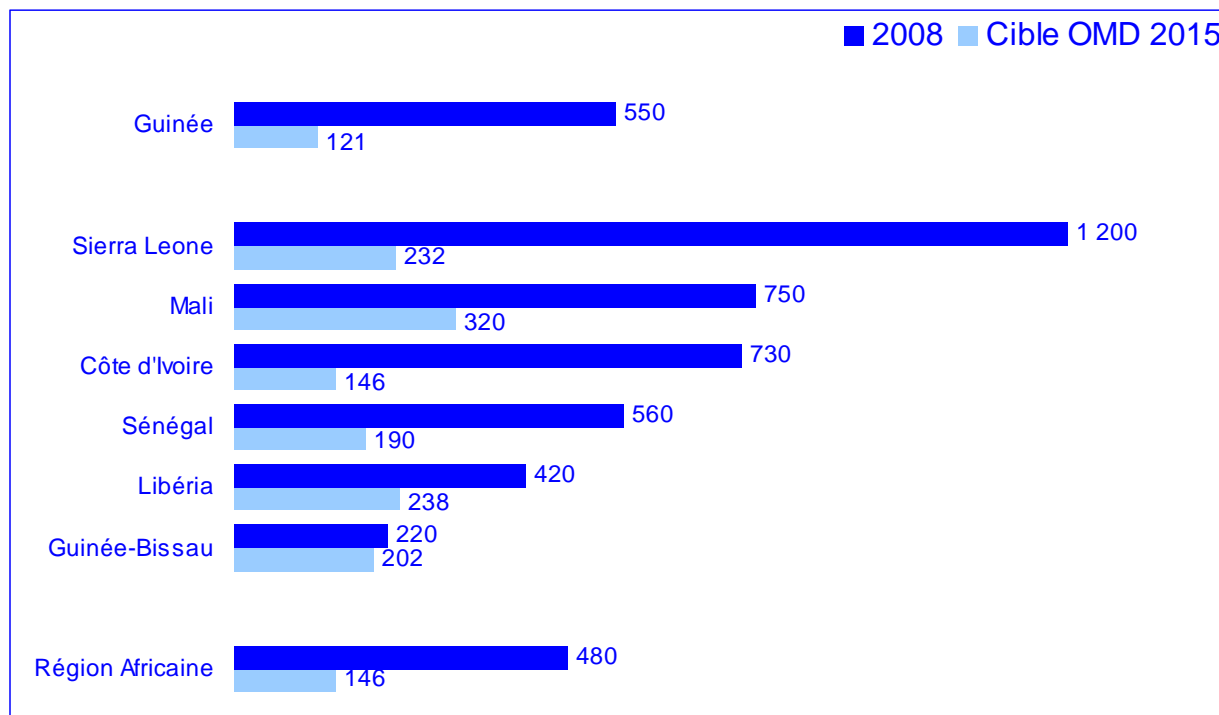
... : Données indisponibles

Figure 98 : Enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009-2005 et 2004-2000



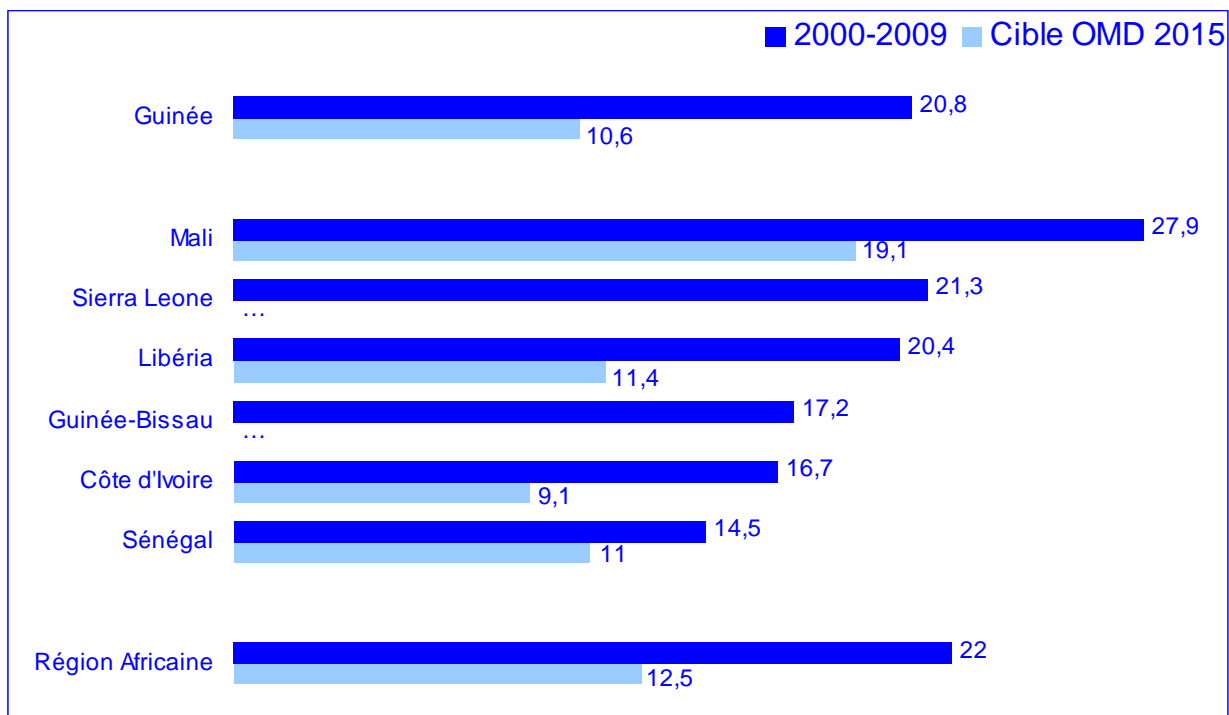
... : Données indisponibles

Figure 99 : Prévalence de la tuberculose (pour 100.000 habitants), en 2008, comparée à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes



OMD-1 (*Enfants malnourris*)

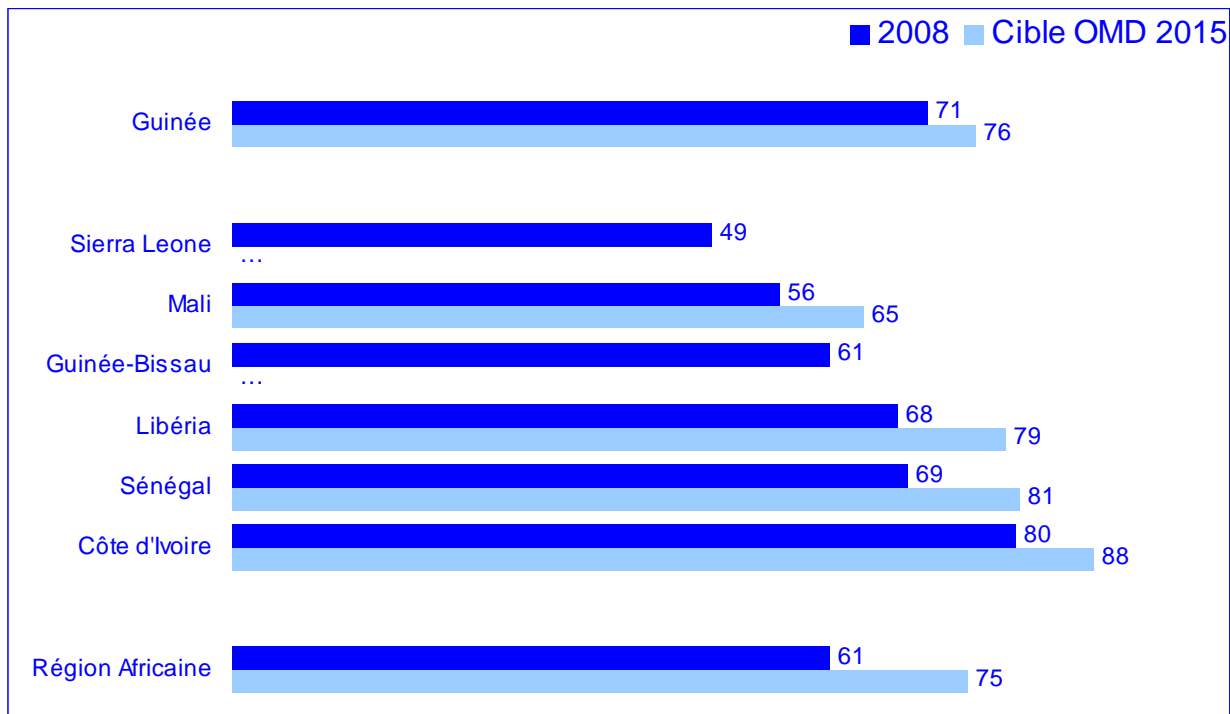
Figure 100 : Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral, en 2009-2009, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage



... : Données indisponibles

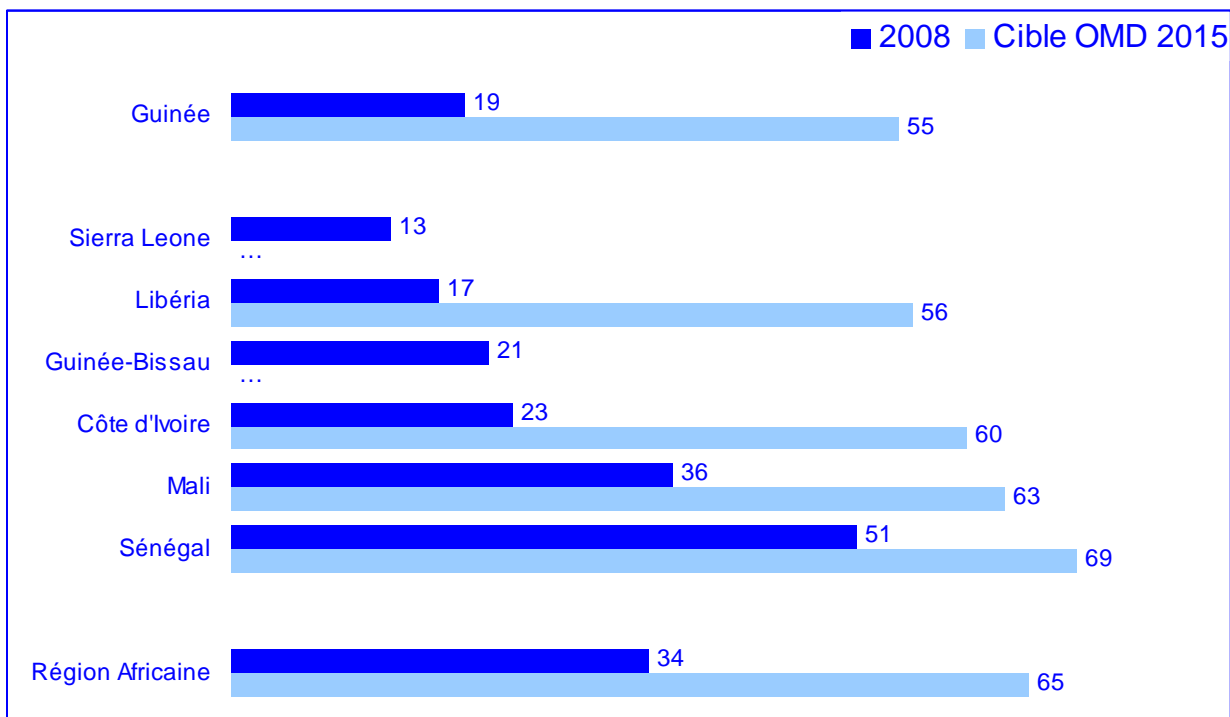
OMD-7 (Eau et assainissement)

Figure 101 : Population utilisant des sources d'eau potable, en 2008, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes, en pourcentage



... : Données indisponibles

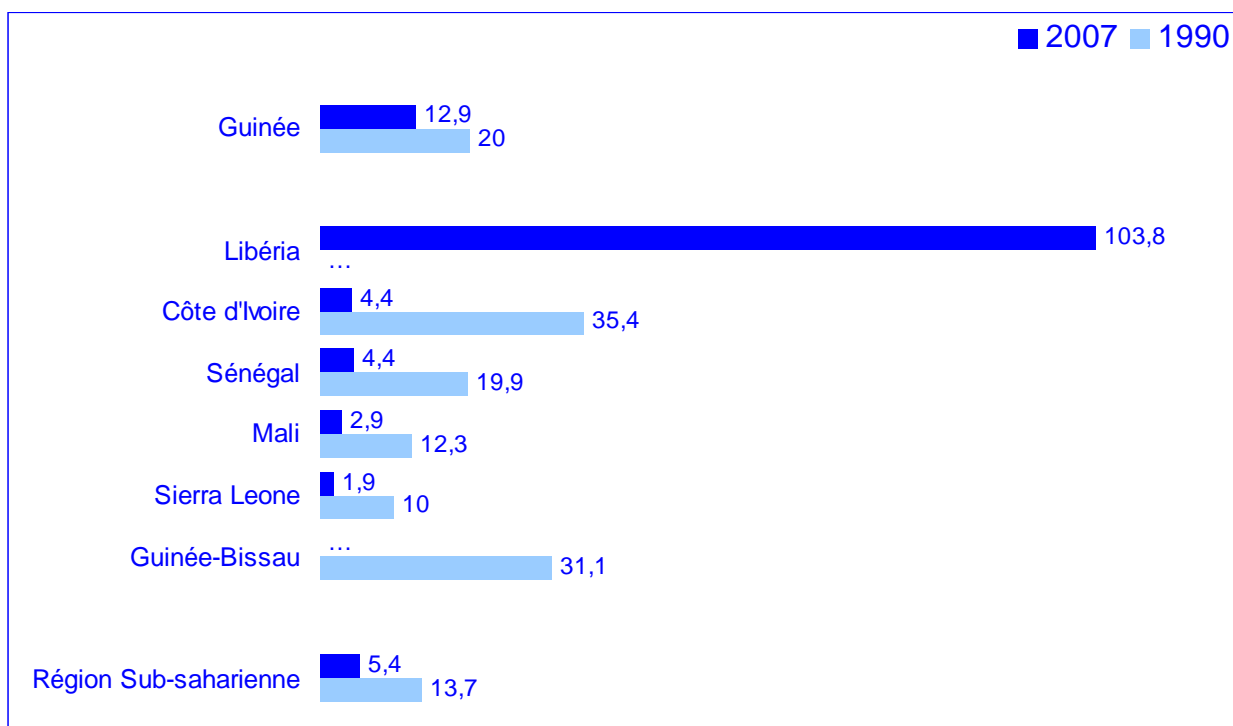
Figure 102: Population utilisant des installations d'assainissement améliorées, en 2008, comparé à la cible OMD, en Guinée et dans les pays limitrophes



... : Données indisponibles

OMD-8 (*Exportations des biens et services*)

Figure 103: Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services, en Guinée et dans les pays limitrophes



... : Données indisponibles

6. Notes explicatives

On trouvera ci-après la définition des catégories de statistiques sanitaires qui figurent dans cette annexe statistique ainsi qu'une explication des raisons pour lesquelles elles ont été retenues et des méthodes d'estimation utilisées.

1. Espérance de vie à la naissance

Justification : l'espérance de vie à la naissance révèle le niveau général de la mortalité dans une population. Cet indicateur fait la synthèse de la mortalité dans toutes les tranches d'âge, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées.

Définition : âge qu'un nouveau-né peut atteindre en moyenne si les taux de mortalité actuels ne changent pas.

Méthodes d'estimation : l'OMS a mis au point un modèle de courbe de survie, d'après 1800 courbes obtenues à partir de registres d'état civil jugés de bonne qualité.

Pour les pays disposant d'un système d'état civil, on évalue l'exhaustivité de l'enregistrement des décès dans la population et l'on ajuste les taux de mortalité en fonction du résultat. Lorsqu'on disposait de registres d'état civil pour 2003, ceux-ci ont été utilisés directement pour construire la courbe de survie. Dans les pays où le système d'information fournit des séries chronologiques de courbes de survie annuelles, les paramètres ont été projetés à l'aide d'un modèle de régression pondéré, en accordant plus de poids aux années les plus récentes. Les valeurs projetées des deux paramètres des courbes de survie ont été ensuite appliquées au logit modifié du modèle de courbe de survie, dans lequel les données nationales les plus récentes fournissent la structure d'âge, afin de prédire une courbe de survie complète pour 2003. En cas d'insuffisance des sources pour les taux de mortalité en fonction de l'âge, la courbe de survie est dérivée de l'estimation des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité chez l'adulte par application d'un modèle mondial (défini comme étant la moyenne des 1800 courbes de survie à l'aide d'un modèle de logit modifié).

2. Espérance de vie en bonne santé à la naissance (EVBS)

Justification : on emploie beaucoup de ressources à diminuer l'incidence, la durée et la gravité des maladies à l'origine d'une charge de morbidité importante (mortalité exclue) et à réduire leur impact sur la vie des populations. Il est donc important de prendre en compte les issues fatales et non fatales des problèmes de santé en utilisant une mesure récapitulative des niveaux moyens de santé de la population. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance totalise les espérances de vie dans les divers états de santé en les ajustant sur la répartition de la gravité, ce qui rend la valeur sensible aux modifications dans le temps ou aux différences entre les pays dans la répartition de la gravité des états de santé.

Définition : nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre en « pleine santé », en tenant compte des années vécues dans un état de santé qui n'est pas optimal à cause de maladies ou de traumatismes.

Méthodes d'estimation : comme il n'existe pas de données comparables pour tous les pays sur les états de santé, on a appliqué une stratégie en quatre phases : les données de l'étude GBD sont utilisées pour estimer la prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe dans tous les pays. Les données de MCSS et de WHS sont utilisées pour faire une estimation indépendante de la prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe pour les pays de l'enquête. On calcule la prévalence pour tous les pays en se basant sur les estimations de GBD, MCSS et WHS. On applique la méthode de Sullivan aux courbes de survie établies par l'OMS pour calculer l'espérance de vie en bonne santé dans les pays.

3. Probabilité de décès (pour 1000) entre 15 et 60 ans (taux de mortalité adulte)

Justification : dans les pays en développement, la charge des maladies non transmissibles augmente rapidement chez les adultes – tranche d'âge la plus productive économiquement – en raison du vieillissement de la population et des transitions d'ordre sanitaire. Par conséquent, le taux de mortalité chez l'adulte devient un indicateur important pour suivre l'évolution des tendances de la mortalité dans une population.

Définition : probabilité pour une personne de 15 ans de mourir avant d'atteindre l'âge de 60 ans.

4. Table de mortalité (voir espérance de vie à la naissance)

Sources d'information : registres d'état civil ou échantillon : on utilise la mortalité par âge et par sexe pour calculer les taux spécifiques à chaque âge. Recensement : mortalité (par âge et par sexe) sous forme de tableaux faits à partir des questions posées sur les décès qui se sont produits dans les ménages interrogés au cours d'une certaine période antérieure au recensement (en général 12 mois). Recensement ou enquêtes : par des méthodes directes ou indirectes, on arrive à obtenir le taux de mortalité chez l'adulte en se basant sur la survie des parents ou de la fratrie.

Méthodes d'estimation : on regroupe les données empiriques provenant de différentes sources pour obtenir le niveau et les tendances de la mortalité chez l'adulte en ajustant une courbe sur les points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité et de la représentativité des données pour la population. Les statistiques récentes reposant sur les données disponibles dans la plupart des pays sont des estimations ponctuelles datant d'au moins trois ou quatre ans. Il faut donc faire des projections pour obtenir des estimations de la mortalité adulte valables pour l'année en cours. Lorsqu'il n'existe pas d'informations valables pour la mortalité en fonction de l'âge, la courbe de survie est obtenue en suivant la méthode décrite pour l'espérance de vie à la naissance.

5. Probabilité de décès (pour 1000 naissances vivantes) avant l'âge de cinq ans (taux de mortalité des moins de cinq ans)

Justification : le taux de mortalité des moins de cinq ans et le taux de mortalité infantile comptent parmi les principaux indicateurs de la santé de l'enfant et du développement en général dans un pays. Ce sont aussi des indicateurs des OMD.

Définition : le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité pour un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée de mourir avant d'atteindre l'âge de cinq ans si, au cours de cette période, le taux de mortalité caractéristique de l'âge s'applique. Le taux de mortalité infantile est la probabilité pour un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée de mourir avant d'atteindre l'âge d'un an si, au cours de cette période, le taux de mortalité caractéristique de l'âge s'applique.

Méthodes d'estimation : on regroupe les données empiriques provenant de différentes sources pour obtenir le niveau et les tendances de la mortalité des moins de cinq ans en ajustant une courbe sur les points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité et de la représentativité des données pour la population. Les statistiques récentes reposant sur les données disponibles dans la plupart des pays sont des estimations ponctuelles datant d'au moins trois ou quatre ans. Il faut donc faire des projections pour obtenir des estimations de la mortalité des moins de cinq ans valables pour l'année en cours. Celles-ci sont ensuite converties en taux de mortalité infantile correspondants à l'aide de modèles de courbes de survie comme celui mis au point par l'OMS pour les pays qui ont des données d'état civil de bonne qualité ou de courbes de survie du modèle Coale-Demeny pour les autres pays. On notera que la mortalité infantile calculée d'après enquêtes étant sujette à un biais de mémorisation, les estimations sont établies à partir de la mortalité des moins de cinq ans, ce qui ajoute une étape au calcul des taux de mortalité infantile.

6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)

Justification : les décès néonataux représentent une grande proportion des décès d'enfants. On considère que la mortalité au cours de la période néonatale est un bon indicateur de la santé des mères et des nouveau-nés ainsi que des soins dont ils bénéficient.

Définition : nombre de décès pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année ou d'une période donnée. On peut subdiviser les décès néonataux en deux catégories : les décès néonataux précoces, survenant pendant les sept premiers jours de vie, et les décès néonataux tardifs, survenant après le septième jour, mais avant 28 jours révolus.

7. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)

Justification : les complications pendant la grossesse ou l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'incapacités chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Le ratio de mortalité maternelle représente le risque associé à chaque grossesse, c'est-à-dire le risque obstétrical. C'est aussi un indicateur des OMD, associé à l'objectif 5 – améliorer la santé maternelle.

Définition : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée, généralement un an.

Méthodes d'estimation : il est difficile de mesurer précisément la mortalité maternelle, sauf quand il existe un système d'enregistrement complet des décès et de leurs causes. Si ce n'est pas le cas, il faut avoir recours aux recensements ou aux enquêtes. Les données qui proviennent des dossiers des services de santé posent problème quand de nombreux accouchements ont lieu en dehors de l'hôpital. En effet, ces données sont biaisées et il est difficile de déterminer l'ampleur et l'orientation de ces biais. Les enquêtes sur la mortalité des femmes en âge de procréer (RAMOS : Reproductive-age mortality studies) font une triangulation de diverses sources de données sur les décès de femmes en âge de procréer, y compris les registres et l'autopsie verbale. Comme elles font appel à de multiples sources d'information, on considère que ces enquêtes constituent le meilleur moyen d'estimer la mortalité maternelle. Les estimations découlant d'enquêtes auprès des ménages reposent souvent sur des informations recueillies rétrospectivement sur le décès des sœurs des enquêtés au cours d'une période moyenne de 12 ans et elles sont sujettes à des intervalles de confiance importants.

Dans les pays où il n'existe aucune donnée valable sur la mortalité maternelle, des modèles statistiques sont appliqués. Les estimations mondiales et régionales de la mortalité maternelle sont établies tous les cinq ans à l'aide d'un modèle de régression.

8. Taux estimatif d'adultes (15 ans et plus) morts du VIH/SIDA (pour 1000)

Justification : le taux de mortalité des adultes et des enfants de moins de 15 ans est un bon indicateur de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA et de l'impact des interventions dans un pays, notamment de la généralisation du traitement et de la prévention de la transmission mère-enfant.

Définition : la mortalité estimative due au VIH/SIDA est le nombre d'adultes et d'enfants morts pendant une année déterminée obtenu par modélisation des données

de surveillance du VIH à l'aide d'outils standard appropriés.

Méthodes d'estimation : on fait la synthèse des données empiriques de différentes sources de surveillance du VIH pour obtenir des estimations du taux de mortalité et de sa tendance chez l'adulte et chez l'enfant en utilisant des méthodes et des outils standard adaptés à l'ampleur de l'épidémie. Toutefois, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité des données et de leur représentativité de la population. L'ONUSIDA/OMS fournissent des estimations par pays tous les deux ans.

9. Mortalité due à la tuberculose

Justification : la prévalence et la mortalité sont des indicateurs directs de la charge de la tuberculose. Elles indiquent le nombre de personnes qui souffrent de la maladie à un moment donné et le nombre de personnes qui en meurent chaque année. En outre, elles reflètent rapidement les progrès de la lutte contre la maladie, car un traitement efficace et précoce raccourcit la durée moyenne de la pathologie (et diminue de ce fait la prévalence) et réduit le risque de décès (et par conséquent la mortalité).

Définition : nombre estimatif de décès dus à la tuberculose pendant une période donnée. Exprimé dans cette base de données en nombre de décès pour 100 000 habitants par an. Comprend les décès dus à toutes les formes de tuberculose et les décès par tuberculose chez les sujets VIH-positifs.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les méthodes employées pour estimer les taux de mortalité due à la tuberculose sont expliquées en détail ailleurs. Les estimations de la mortalité tuberculeuse par pays découlent le plus souvent des estimations de l'incidence, associées à un taux de létalité supposé. On suppose que le taux de létalité varie selon que les cas ont un frottis positif ou non, qu'ils sont traités dans le cadre d'un programme DOTS ou non ou ne sont pas traités du tout et qu'ils sont ou non porteurs du VIH.

10. Années de vie perdues par grandes catégories de causes (pourcentage du total)

Justification : les années de vie perdues tiennent compte de l'âge auquel survient le décès en donnant plus de poids aux décès précoces et moins de poids aux décès tardifs. Calculé en pourcentage du total, cet indicateur mesure les années de vie perdues pour une cause déterminée par rapport au total d'années de vie perdues dans une population du fait de la mortalité précoce.

Définition : pour calculer les années de vie perdues, on multiplie le nombre de décès par l'espérance de vie normale à l'âge auquel le décès survient. L'espérance de vie normale utilisée pour ce calcul à chaque âge est la même pour la mortalité dans toutes les régions du monde et que celle utilisée pour calculer les années de vie ajustées sur l'incapacité (AVCI). En outre, comme pour les AVCI, on procède à une actualisation de 3 % et on utilise des coefficients de pondération différents selon l'âge, qui donnent moins de poids aux années vécues à un âge plus précoce ou plus avancé. Avec des coefficients de pondération différents selon l'âge et une actualisation de 3 %, un décès infantile correspond à 33 années de vie perdues et un décès survenant entre cinq et vingt ans à 36 années de vie perdues environ.

11. Années de vie ajustées sur l'incapacité ou AVCI

La AVCI, unité qui mesure un écart, élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour y inclure les années de vie en bonne santé perdues en raison d'un mauvais état de santé ou d'une incapacité (1). Les AVCI calculées pour une maladie ou une affection sont la somme des années de vie perdues du fait des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité pour les cas incidents de la maladie ou de l'affection en question.

Méthodes d'estimation : des tables de mortalité indiquant les taux de mortalité toutes causes confondues par âge et par sexe pour les 192 Etats Membres de l'OMS ont été établies pour 2002 à partir des décès enregistrés, des systèmes d'enregistrement par échantillons (Inde, Chine) et des données sur la mortalité de l'enfant et de l'adulte obtenues par recensement et par enquête. La distribution des causes de décès a été établie à partir des décès enregistrés dans 107 pays et des données issues d'études épidémiologiques en population, des registres de maladies et des systèmes de déclaration pour certaines causes de décès. Les causes de décès concernant les populations pour lesquelles le système d'enregistrement des décès ne fournit pas de données exploitables ont été estimées à l'aide de modèles

sur les causes de décès et de données issues d'études épidémiologiques en population, de registres de maladies et de systèmes de déclaration pour 21 causes de décès spécifiques.

12. Causes de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans (pourcentage)

Justification : l'OMD 4 consiste à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité des moins de cinq ans. Les initiatives en faveur de la survie de l'enfant n'aboutiront que si elles reposent sur des informations suffisamment justes concernant les causes de décès des enfants. Ce type d'information est nécessaire pour déterminer les interventions prioritaires, planifier leur mise en oeuvre, déterminer l'efficacité des interventions visant une maladie en particulier et évaluer les tendances de la charge de la maladie au regard des objectifs nationaux et internationaux.

Définition : la ou les causes du décès telles qu'elles figurent sur le certificat de décès établi par un médecin dans les pays ayant des registres d'état civil. La cause sous-jacente de décès est en cours d'analyse. Dans les pays où les registres d'état civil sont incomplets ou inexistants, les causes de décès sont celles déclarées comme telles dans les études épidémiologiques pour lesquelles on établit la cause du décès à l'aide d'algorithmes d'autopsie verbale.

Méthodes d'estimation : on a examiné les données sur les causes de décès tirées des registres d'état civil afin de déterminer si elles étaient complètes. Les données complètes et représentatives au niveau national ont ensuite été regroupées par codes CIM en catégories de causes et l'on a calculé la part qu'elles représentent dans la mortalité totale des moins de cinq ans. Pour les pays dont les données sont incomplètes, voire inexistantes, la distribution des décès par cause a été estimée en deux étapes. On a d'abord utilisé un modèle statistique pour classer les décès dans l'une des trois grandes catégories de causes suivantes : maladies transmissibles, maladies non transmissibles, traumatismes et causes extérieures.

On a ensuite tenu compte des estimations de la mortalité des moins de cinq ans par cause du groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant (CHERG), des programmes techniques de l'OMS et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) pour attribuer les décès à des causes spécifiques. Le CHERG et l'OMS ont utilisé plusieurs méthodes, y compris des modèles de mortalité proportionnelle et d'histoire naturelle des maladies, pour établir des estimations de la mortalité par cause au niveau des pays. Tous les groupes de travail du CHERG ont mis au point des méthodes comparables et normalisées pour établir des estimations à partir des bases de données.

13. Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

Justification : le VIH et le SIDA posent désormais un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays et il est crucial de surveiller l'évolution de l'épidémie et l'impact des interventions. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) comme la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ont fixé des objectifs de réduction de la prévalence.

Définition : pourcentage de personnes contaminées par le VIH chez les 15-49 ans.

Méthodes d'estimation : on utilise les données sur la prévalence du VIH qui émanent des sites sentinelles des systèmes de surveillance, pouvant comprendre des enquêtes nationales en population avec dépistage du VIH, pour estimer la prévalence à l'aide d'outils et de méthodes d'estimation standardisés mis au point par l'ONUSIDA et l'OMS, en collaboration avec le groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, les modélisations et les projections. On n'utilise pas les mêmes outils pour estimer la prévalence du VIH selon que l'épidémie est généralisée ou limitée (ou de faible niveau).

14. Incidence de la tuberculose

Justification : l'incidence (cas qui se produisent pendant une période donnée) donne une indication de la charge de la tuberculose dans une population et de l'ampleur de la tâche que doivent accomplir les programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Elle peut changer à la suite de changements dans la transmission (fréquence à laquelle les gens contractent *M. tuberculosis*, le bacille qui cause la tuberculose) ou de changements de la fréquence à laquelle les porteurs du bacille développent la maladie (du fait d'un changement d'état nutritionnel ou de la contamination par le VIH). La tuberculose pouvant se développer chez des sujets contaminés de nombreuses années auparavant, la lutte antituberculeuse a un effet moins rapide sur l'incidence que sur la prévalence ou la mortalité. La cible 8 de l'objectif du Millénaire pour le développement 6 consiste notamment à avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015. L'OMS estime qu'en 2004, l'incidence de la tuberculose par personne était stable ou orientée à la baisse dans cinq des six Régions de l'OMS, mais qu'elle augmentait à l'échelle mondiale au rythme de 0,6 % par an. L'exception était la Région africaine, où il semble que l'incidence continue d'augmenter, mais de moins en moins rapidement chaque année. La stratégie Halte à la tuberculose, appliquée conformément au plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015, devrait permettre d'inverser la tendance à la hausse dans le monde d'ici 2015.

Définition : nombre estimatif de cas de tuberculose survenant pendant une période donnée (exprimé en taux par personne). Toutes les formes de tuberculose sont prises en compte ainsi que les cas de co-infection tuberculose-VIH.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les estimations de l'incidence pour chaque pays sont calculées selon une ou plusieurs des quatre méthodes suivantes, en fonction des données disponibles :

incidence = notification des cas / proportion de cas dépistés

incidence = prévalence / durée de la pathologie

incidence = risque annuel d'infection x coefficient de Styblo

incidence = décès / proportion de cas incidents qui meurent.

15. Prévalence de la tuberculose

Justification : la prévalence et la mortalité sont des indicateurs directs de la charge de la tuberculose. Elles indiquent le nombre de personnes qui souffrent de la maladie à un moment donné et le nombre de personnes qui en meurent chaque année. En outre, elles reflètent rapidement les progrès de la lutte contre la maladie, car un traitement efficace et précoce raccourcit la durée moyenne de la pathologie (et diminue de ce fait la prévalence) et réduit le risque de décès (et par conséquent la mortalité). L'objectif du Millénaire pour le développement 6 consiste à « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » (y compris la tuberculose). Il est assorti de la cible 8 « d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » et de l'indicateur 23 des OMD « taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie ». Le partenariat Halte à la tuberculose a approuvé les cibles connexes consistant à réduire, d'ici 2015, la prévalence et la mortalité par personne de 50 % par rapport à 1990. Il existe peu de données fiables pour déterminer la prévalence de la tuberculose et la mortalité liée à cette maladie, en particulier pour 1990, l'année de référence. Il semble toutefois, d'après les meilleures estimations dont on dispose aujourd'hui, que l'application du plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015 permettra de diviser par deux, d'ici 2015, les taux de prévalence et de mortalité dans le monde et dans la plupart des Régions, sauf en Afrique et en Europe orientale.

Définition : nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) dans une population à un moment donné (appelée parfois « prévalence ponctuelle »), exprimé dans cette base de données comme le nombre de cas pour 100 000 personnes.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les méthodes employées pour estimer les taux de prévalence de la tuberculose et de mortalité liée à cette maladie sont expliquées en détail ailleurs. Les estimations de la prévalence de la tuberculose par pays découlent le plus souvent des estimations de l'incidence (voir le point 15, Incidence de la tuberculose), associées à la durée supposée de la pathologie. On suppose que la durée de la maladie varie selon que les cas ont un frottis positif ou non, qu'ils sont traités dans le cadre d'un programme DOTS ou non ou ne sont pas traités du tout et qu'ils sont ou non porteurs du VIH.

16. Proportion d'enfants d'un an ayant reçu :

trois doses de vaccin antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux (DTC3) (%)

trois doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3) (%)

Justification : on utilise les estimations de la couverture vaccinale pour contrôler les services de vaccination et pour guider les efforts d'éradication ou d'élimination des maladies. La couverture vaccinale est un bon indicateur des performances du système de santé.

Définition : la couverture de la vaccination antirougeoleuse est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux, seul ou associé, pendant une année donnée. Lorsque les pays recommandent cette vaccination chez les enfants âgés de plus de 12 mois, l'indicateur est la proportion d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu au moins une dose du vaccin antirougeoleux, seul ou associé. La couverture du DTC3 est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu trois doses du vaccin associé antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux au cours d'une année donnée. La couverture du HepB3 est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu trois doses du vaccin anti-hépatite B au cours d'une année donnée.

Méthodes d'estimation : l'OMS et l'UNICEF se fient aux rapports des pays, aux enquêtes auprès des ménages et à d'autres sources, comme certains travaux de recherche. Les deux organisations ont mis au point une procédure d'examen et des méthodes d'estimation communes. Les estimations provisoires sont examinées par des experts des pays concernés et d'ailleurs avant d'être définitivement arrêtées.

17. Couverture des soins prénatals (%)

Justification : la couverture des soins prénatals est un indicateur de l'accès aux services de santé et de leur utilisation pendant la grossesse.

Définition : pourcentage de femmes ayant eu recours à des soins prénatals prodigués par un personnel qualifié pour des motifs liés à la grossesse au moins une fois au cours de celle-ci, parmi toutes les femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours d'une période donnée.

Méthodes d'estimation : on utilise les données empiriques d'enquêtes auprès des ménages. Au niveau mondial, les données des établissements de santé ne sont pas utilisées.

18. Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)

Justification : toute femme enceinte devrait avoir accès à des soins qualifiés durant la grossesse et à l'accouchement afin que soient dépistées et prises en charge d'éventuelles complications. De plus, vu qu'il est difficile de mesurer avec précision la mortalité maternelle et le ratio de mortalité maternelle d'après modèle, ces estimations ne permettent pas de suivre les tendances à court terme. On utilise pour cela un indicateur indirect, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

Définition : pourcentage de naissances vivantes en présence d'un personnel de santé qualifié au cours d'une période donnée.

Méthodes d'estimation : on utilise les données empiriques d'enquêtes auprès des ménages. Au niveau mondial, les données des établissements de santé ne sont pas utilisées.

19. Taux de couverture contraceptive (%)

Justification : le taux de couverture contraceptive renseigne sur la santé, la population, le développement et l'autonomisation des femmes. C'est aussi une mesure indirecte de l'accès aux services de santé génésique essentiels pour réaliser nombre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment ceux qui concernent la mortalité de l'enfant, la santé de la mère, le VIH/SIDA et les différences entre hommes et femmes.

Définition : le taux de couverture contraceptive correspond à la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

20. Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)

Justification : dans les zones de transmission intense du paludisme, la morbidité et la mortalité palustres se concentrent chez les jeunes enfants. Il est prouvé que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les enfants de moins de cinq ans réduit considérablement l'incidence du paludisme, l'anémie due à cette maladie et la mortalité toutes causes dans cette tranche d'âge. La lutte antivectorielle au moyen des moustiquaires imprégnées d'insecticide est l'une des quatre stratégies de l'initiative Faire reculer le paludisme. Cette statistique fait aussi partie de la liste des indicateurs des OMD.

Définition : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans une zone d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente. Par moustiquaire imprégnée d'insecticide, on entend une moustiquaire traitée au cours des 12 derniers mois ou une moustiquaire à imprégnation durable.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

21. Proportion de personnes à un stade avancé de l'infection à VIH recevant une association d'antirétroviraux (ARV) (%)

Justification : à mesure que l'épidémie de VIH progresse, un nombre croissant de personnes arrivent à des stades avancés de l'infection. On a montré que les traitements par des associations d'antirétroviraux réduisaient la mortalité chez ces personnes et l'on s'efforce de rendre ces médicaments plus abordables, même dans les pays en développement. Cet indicateur permet de mesurer les progrès réalisés dans la mise à disposition du traitement antirétroviral à toute personne souffrant d'une infection à VIH à un stade avancé.

Définition : pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral conforme au protocole thérapeutique approuvé au niveau national (ou conforme aux normes OMS/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) parmi l'ensemble (nombre estimatif) des malades à un stade avancé de l'infection à VIH.

Méthodes d'estimation : pour l'estimation de la couverture, on obtient le dénominateur à partir de modèles donnant aussi des estimations sur la prévalence, l'incidence du VIH et la mortalité dont il est la cause. On estime que le nombre d'adultes à un stade avancé de l'infection est égal au double du nombre de cas de SIDA pour l'année en cours. On calcule le nombre total d'adultes ayant besoin d'un traitement ARV en additionnant le nombre d'adultes ayant besoin de ce traitement pour l'année en cours et le nombre d'adultes traités l'année précédente et qui sont encore en vie.

22. Tuberculose : proportion de cas détectés dans le cadre de la stratégie DOTS

Justification : la proportion estimative de nouveaux cas à frottis positif détectés (diagnostiqués et déclarés à l'OMS) dans le cadre des programmes DOTS indique dans quelle mesure les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose permettent de repérer les malades et de diagnostiquer la maladie.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. On calcule le taux de détection des nouveaux cas à frottis positif dans le cadre de la stratégie DOTS en divisant le nombre de nouveaux cas à frottis positif déclarés à l'OMS par le nombre estimatif des cas incidents à frottis positif pour la même année.

23. Enfants de moins de cinq ans présentant une infection respiratoire aiguë (IRA) et de la fièvre amenés en consultation

Justification : les infections respiratoires sont à l'origine de près de 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. Le nombre des moins de cinq ans présentés à un prestataire de soins qualifié est un indicateur important à la fois de la couverture des interventions et de la propension à consulter, et il donne des indications très utiles sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des stratégies et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la survie de l'enfant.

Définition : proportion d'enfants de 0 à 59 mois supposés souffrir de pneumonie au cours des deux dernières semaines et amenés en consultation à un prestataire de soins qualifié.

Méthodes d'estimation : données empiriques.

24. Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée recevant une TRO

Justification : les maladies diarrhéiques restent une cause importante de mortalité chez les moins de cinq ans et sont à l'origine de 1,8 million de décès d'enfants dans le monde malgré les progrès réalisés dans leur prise en charge et l'efficacité indéniable de la thérapie par réhydratation orale (TRO). Par conséquent, la couverture de cette intervention à la fois très efficace et économique donne une indication cruciale sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des stratégies et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la survie de l'enfant.

Définition : proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu des sels de réhydratation orale ou une solution équivalente préparée à domicile.

Méthodes d'estimation : données empiriques.

25. Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre recevant une médication antipaludique (%)

Justification : l'administration sans retard d'un traitement antipaludique efficace aux enfants fiévreux dans les zones où il y a un risque de paludisme est une intervention capitale pour réduire la mortalité. Figurant parmi les indicateurs de l'OMD 6, le traitement efficace contre le paludisme est aussi considéré par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale comme l'une des quatre grandes interventions pour réduire la charge du paludisme en Afrique : i) utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ; ii) accès rapide à des traitements efficaces administrés à domicile ou à proximité du domicile ; iii) administration de médicaments antipaludiques aux femmes enceintes asymptomatiques dans les zones où la transmission est stable ; et iv) amélioration des moyens de prévision, de prévention et de riposte afin de réagir rapidement et efficacement aux épidémies. Dans les zones d'Afrique subsaharienne où la transmission du paludisme est stable, il est indispensable de garantir un accès rapide au traitement. Pour cela, les médicaments doivent être disponibles au niveau des ménages ou des communautés et, pour les cas compliqués, le transport doit être assuré jusqu'à l'établissement équipé le plus proche. Des stocks de médicaments de réserve, des moyens de transport et des services hospitaliers sont nécessaires pour prendre correctement en charge les cas de paludisme et éviter qu'un accès de paludisme ne dégénère en un paludisme compliqué hautement mortel.

Définition : pourcentage de la population des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre dans les zones où il y a un risque de paludisme à qui sont administrés des médicaments antipaludiques efficaces.

Méthodes d'estimation : pour la prévention, l'indicateur est le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent des antipaludiques efficaces lors d'un épisode de fièvre. Les informations sont directement obtenues par enquête auprès des ménages. Les valeurs empiriques sont directement enregistrées et on ne fait pas d'autres estimations.

26. Accouchements par césarienne (%)

Justification : le taux d'accouchements par césarienne est une indication de l'accès aux services de santé et de leur utilisation au moment de l'accouchement.

Définition : pourcentage d'accouchements par césarienne parmi toutes les naissances vivantes pendant une période donnée.

Méthodes d'estimation : données empiriques provenant d'enquêtes auprès des ménages.

27. Proportion d'enfants de moins de cinq ans

- ayant un retard de croissance (%)
- ayant une insuffisance pondérale (%)
- ayant une surcharge pondérale (%)

Justification : ces trois indicateurs mesurent la croissance des jeunes enfants. Celle-ci est reconnue au niveau international comme un indicateur de santé publique important pour contrôler l'état nutritionnel et l'état de santé des populations. De plus, les enfants ayant un retard de croissance dû à des problèmes d'alimentation et/ou des infections récurrentes ont plus de risques de tomber malades et de décéder.

Définition : le pourcentage d'enfants ayant un retard de croissance indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant une taille pour leur âge inférieure de plus de deux écarts types à la médiane de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS. Le pourcentage d'enfants ayant une insuffisance pondérale indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un poids pour leur âge inférieur de plus de deux écarts types à la médiane de référence NCHS/OMS. Le pourcentage d'enfants ayant une surcharge pondérale indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un poids pour leur âge supérieur de plus de deux écarts types à la médiane de référence NCHS/OMS.

24 Analyse de la situation sanitaire dans la Région africaine

Méthodes d'estimation : on utilise des valeurs empiriques. Plusieurs pays ne disposent que de données limitées pour les années les plus récentes et les estimations actuelles sont établies au moyen de modèles permettant de faire des projections à partir des tendances passées.

28. Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (%)

Justification : la proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance est un indicateur de certains problèmes de santé publique : malnutrition prolongée et mauvaise santé de la mère, insuffisance des soins maternels. Au niveau individuel, le faible poids de naissance est un facteur important de prévision de la santé et de la survie de l'enfant.

Définition : pourcentage d'enfants nés vivants pesant moins de 2500 g à la naissance au cours d'une période donnée. On peut définir deux subdivisions : le très faible poids de naissance (poids inférieur à 1500 g) et l'extrêmement faible poids de naissance (poids inférieur à 1000 g).

Méthodes d'estimation : quand les services de santé fournissent des données fiables et que le taux de couverture est élevé, on calcule le pourcentage de nouveau-nés de faible poids. Quand on utilise des données d'enquêtes auprès des ménages, on procède à différents ajustements selon le type d'information dont on dispose (poids précis ou évaluation subjective par la mère).

29. Population ayant un accès à :

- une source d'eau meilleure (%)
- un meilleur système d'assainissement (%)

Justification : l'accès à l'eau potable et à un meilleur système d'assainissement est un besoin fondamental et un droit vital pour la dignité et la santé de tout être humain. Les avantages économiques et sanitaires d'un meilleur approvisionnement en eau pour les ménages et les individus (notamment les enfants) sont attestés. Ces deux indicateurs permettent de mesurer les progrès dans la réalisation des OMD.

Définition : pourcentage de la population ayant accès à une eau de boisson meilleure au cours d'une année donnée. Pourcentage de la population ayant accès à un système d'assainissement meilleur au cours d'une année donnée.

Méthodes d'estimation : analyse des résultats d'enquêtes et régression linéaire des points. On actualise les estimations de la couverture tous les deux ans.

30. Prévalence de la consommation actuelle (quotidienne ou occasionnelle) de tabac à fumer parmi les adultes (15 ans et plus) (%)

Justification : la prévalence de la consommation actuelle de tabac à fumer parmi les adultes est une importante mesure de la charge sanitaire et économique du tabagisme et sert de repère pour évaluer l'efficacité des programmes de lutte antitabac dans le temps. L'idéal serait un indicateur général de la consommation de tabac à fumer et autres produits du tabac, mais l'insuffisance des données oblige à s'en tenir au tabac fumé. Le tabagisme occasionnel est un facteur de risque important de maladie liée au tabac et est donc pris en compte au même titre que le tabagisme quotidien.

Définition : prévalence de la consommation actuelle de tabac à fumer (cigarettes, cigares, pipes et autres produits du tabac à fumer). La consommation actuelle comprend à la fois la consommation quotidienne et occasionnelle.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

31. Utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels à risque chez les jeunes de 15 à 24 ans (%)

Justification : l'utilisation régulière et correcte des préservatifs avec des partenaires occasionnels diminue beaucoup le risque de transmission du VIH par voie sexuelle.

Définition : pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel parmi tous ceux ayant déclaré avoir eu des rapports avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement. On demande aux sujets interrogés, âgés de 15 à 24 ans, s'ils ont commencé à avoir des rapports sexuels. On demande ensuite à ceux qui ont une activité sexuelle et qui ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois combien de partenaires ils ont eu et s'ils ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel.

32. Nombre de :

- médecins pour 1000 habitants

- personnel infirmier pour 1000 habitants

- sages-femmes pour 1000 habitants

Justification : la disponibilité et la composition des ressources humaines dans le domaine de la santé est un indicateur important de la solidité du système de santé. Il n'y a pas de consensus au sujet du nombre optimal d'agents de santé pour une population, mais de nombreux éléments attestent une corrélation positive entre les effectifs et la qualité de leur travail d'une part, et la couverture vaccinale, l'élargissement des soins primaires et la survie de la mère et de l'enfant d'autre part.

Définition :

Médecins : généralistes et spécialistes.

Personnels infirmiers : personnels infirmiers qualifiés, infirmières auxiliaires et infirmières à formation courte ; autres personnels infirmiers tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins de santé primaires.

Sages-femmes : sages-femmes qualifiées, sages-femmes auxiliaires et sages-femmes à formation courte. Les accoucheuses traditionnelles sont classées dans la catégorie des agents de santé communautaires.

33. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB

34. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques

35. Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux

Justification : le financement joue un rôle crucial dans les systèmes de santé. Les comptes nationaux de la santé fournissent un vaste ensemble d'indicateurs d'après les informations sur les dépenses recueillies selon un système reconnu au niveau international. Ils représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé, depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des fonds entre les différents prestataires et les différentes fonctions du système de santé et la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques.

Définition : total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

Pourcentage du total des dépenses publiques consacré à la santé.

Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux.

Sources d'information et méthodes d'estimation : seulement 95 pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques.

Les principales références internationales utilisées sont les statistiques sur les finances publiques et les statistiques financières internationales du Fonds monétaire international (FMI) ; les données sanitaires et les statistiques internationales sur le développement de l'OCDE ; et les statistiques des Nations Unies sur les comptes

nationaux. Au nombre des sources nationales figurent : les rapports sur les comptes nationaux de la santé, les rapports sur les dépenses publiques, les annuaires statistiques et autres périodiques, les documents budgétaires, les rapports sur les comptes nationaux, les statistiques sur des sites Web officiels, les rapports des banques centrales, les rapports d'organisations non gouvernementales, les études universitaires, les rapports et renseignements fournis par les ministères et les instituts centraux de statistique.

36. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé

37. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques

38. Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage des dépenses totales de santé

39. Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé

40. Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)

41. Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)

42. Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux

Justification : le financement joue un rôle crucial dans les systèmes de santé. Les comptes nationaux de la santé fournissent un vaste ensemble d'indicateurs d'après les informations sur les dépenses recueillies selon un système reconnu au niveau international. Ils représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé, depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des fonds entre les différents prestataires et les différentes fonctions du système de santé et la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques.

Définition : indicateurs clés pour lesquels il existe des données :

Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), et dépenses de santé par habitant en dollars américains et en dollars internationaux.

Distribution des secteurs public et privé dans le financement de la santé et leurs principales composantes, par exemple :

- étendue de la sécurité sociale et de l'assurance privée
- charge des paiements directs pour les ménages
- part des ressources extérieures dans le financement de la santé.

Termes associés :

Le produit intérieur brut (PIB) est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou des non-résidents. Cela correspond au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence.

Les dépenses publiques générales incluent les dépenses consolidées directes et indirectes, telles que subventions et versements, y compris les dépenses en capital, de l'Etat à tous les échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires.

Le total des dépenses de santé est la somme des dépenses publiques générales de santé et des dépenses privées pour la santé pendant une année donnée, calculée dans la devise du pays aux prix du moment. Elles comprennent les dotations destinées à maintenir, à restaurer ou à améliorer l'état de santé de la population. Elles sont effectuées en liquide ou en nature.

Les dépenses publiques générales de santé représentent la somme des dépenses effectuées par les pouvoirs publics en vue de l'achat de services de santé et de biens. Elles comprennent les dépenses de santé faites par l'Etat à tous les échelons administratifs, par les organismes de sécurité sociale et les dépenses directes par des organismes para-étatiques ou des entreprises publiques. Les dépenses au titre de la santé comprennent la consommation finale, les subventions aux producteurs et les versements aux ménages (principalement les remboursements de factures médicales ou pharmaceutiques). Elles comprennent à la fois les dépenses de fonctionnement et d'investissement (y compris les transferts de capitaux) engagées au cours de l'année. Outre des fonds nationaux, elles englobent des ressources extérieures (principalement des subventions attribuées par le truchement des pouvoirs publics ou des prêts attribués par la voie du budget national).

Les dépenses de santé financées par des ressources extérieures regroupent toutes les subventions et tous les prêts en liquide ou en nature destinés à des biens ou des services de santé, qu'ils passent par le canal de l'administration publique ou d'organismes privés.

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

Taux de change : nombre moyen pendant une année ou nombre en fin d'année d'unités de la devise nécessaires pour le change dans le système bancaire.

Dollars internationaux : calculés en divisant la devise locale par l'estimation de la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par rapport au dollar américain, c'est-à-dire

que c'est une mesure qui atténue les différences de niveau des prix d'un pays à l'autre.

Sources d'information et méthodes d'estimation : une centaine de pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques (1998-2004). Les projets d'actualisation ont été soumis aux ministères de la santé, qui ont fait des commentaires et apporté des informations supplémentaires. Pour en savoir plus sur les sources et les méthodes, consulter le site www.who.int/nha.

43. Couverture de l'enregistrement des décès par le système de registre d'état civil

Justification : l'information sanitaire est un élément essentiel des systèmes de santé. L'enregistrement des naissances et des décès, avec la cause du décès, sur les registres d'état civil est un élément important du système d'information sanitaire d'un pays.

Définition : pourcentage du nombre total de décès « recensés » par les services d'état civil.

Méthodes d'estimation : on estime le nombre des décès attendus par âge et par sexe à partir des tables de mortalité et de multiples sources. Les nombres déclarés sont comparés aux chiffres attendus par âge et par sexe pour obtenir une estimation de la couverture par les services d'état civil.

44. Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants

Justification : la prestation des services est un élément important des systèmes de santé. Pour connaître la disponibilité, l'accessibilité et la répartition des services de santé, il faut avoir recours à une gamme d'indicateurs ou à un indicateur composite. Actuellement, la majorité des pays ne dispose pas de ce genre d'informations. La densité des lits d'hôpitaux est l'un des rares indicateurs disponibles sur les éléments de la prestation des services.

Définition : nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement avec ajustement éventuel pour la sous-notification (établissements privés manquants).