



Annexe statistique

Les cinq premiers tableaux de la présente annexe technique contiennent des informations actualisées sur la charge de morbidité, sur des mesures synthétiques de la santé des populations et sur les comptes nationaux de la santé dans les Etats Membres et les Régions de l'OMS. Les mesures de la santé des populations ont été révisées pour tenir compte de nouvelles données et sont donc différentes de celles qui figurent dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2001 en ce qui concerne de nombreux Etats Membres. Les travaux qui ont permis d'établir ces tableaux de l'annexe ont été entrepris principalement par le Programme mondial OMS des bases factuelles à l'appui des politiques de santé et le Département Financement et administration de la santé en collaboration avec leurs homologues dans les bureaux régionaux de l'OMS. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le Rapport sur la santé dans le monde. L'annexe contient également des tableaux sur les facteurs de risque envisagés dans le présent rapport avec des intervalles d'incertitude pour les estimations mondiales de la charge attribuable. La prévalence des facteurs de risque, la mortalité attribuable, les années de vie perdues attribuables et les AVCI attribuables sont également indiquées. Les facteurs de risque ont été regroupés dans sept catégories distinctes, à savoir, sous-alimentation de la mère et de l'enfant, autres facteurs de risque liés à l'alimentation, santé sexuelle et génésique, substances addictives, risques environnementaux, risques professionnels et autres risques pour la santé.

ANNEXE STATISTIQUE

NOTES EXPLICATIVES

Les tableaux de la présente annexe technique donnent des informations actualisées sur la charge de morbidité ainsi que des mesures synthétiques de la santé des populations dans les Etats Membres et Régions de l'OMS pour les années 2000 et 2001. Les estimations pour 2000 ont été revues afin de prendre en compte de nouvelles données et elles diffèrent donc de celles publiées pour de nombreux Etats dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*. Les travaux ayant permis l'élaboration de ces tableaux ont été entrepris essentiellement par le Programme mondial OMS Bases factuelles et information à l'appui des politiques et, au sein de ce Programme, par le Département Administration générale et financement de la santé en collaboration avec leurs homologues dans les Bureaux régionaux de l'OMS. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le *Rapport sur la santé dans le monde*. On a élaboré des documents de travail expliquant les concepts, les méthodes et les résultats qui ne sont que brièvement mentionnés ici. Les références de l'annexe technique donnent la liste complète des documents de travail.

Comme pour toute approche novatrice, les méthodes et les sources de données peuvent être affinées et améliorées. On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer les réalisations sanitaires dans les futurs rapports sur la santé dans le monde. Tous les principaux résultats sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure. Lorsque les données sont présentées par pays, les estimations et explications techniques initiales de l'OMS ont été adressées aux pays pour recueillir leurs observations. Ces observations et les données obtenues en retour ont fait l'objet de discussions avec les Etats Membres et ont été dans la mesure du possible incorporées dans le rapport. Il reste que les données présentées ici doivent être considérées comme les meilleures estimations de l'OMS et non comme l'expression du point de vue officiel des Etats Membres.

TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Pour évaluer les progrès sanitaires, il est indispensable de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration de nouvelles tables de mortalité pour les 191 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et de registres d'état civil sur les niveaux et tendances de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité des adultes.¹ Cet examen a largement tiré profit des travaux de l'UNICEF² sur la mortalité infantile et du United States Census Bureau³ sur la mortalité générale, ainsi que des évaluations démographiques pour 2000 de la Division de la Population de l'ONU.⁴ Toutes les estimations de la taille et de la structure des populations pour 2000 et 2001 sont basées sur l'évaluation démographique pour l'an 2000 établie par la Division de la Population de l'ONU.⁴ Ces estimations se réfèrent à la population résidente effective et non à la population résidente légale dans chaque Etat Membre. Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de morbidité, on a réparti les 191 Etats Membres en cinq

strates de mortalité sur la base de leurs taux de mortalité des enfants et des adultes de sexe masculin. La matrice définie pour les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité donne 14 sous-régions car toutes les strates de mortalité ne sont pas représentées dans chacune des Régions. Ces sous-régions sont définies dans la liste des Etats Membres par Régions OMS et par strate de mortalité et utilisées dans les tableaux 2 et 3 pour la présentation des résultats.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logit à deux paramètres basé sur une norme mondiale, avec des paramètres additionnels tenant compte de l'âge de manière à corriger les erreurs systématiques qui résultent de l'application d'un système à deux paramètres.⁵ Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil et pour les projections sur 2000 et 2001 lorsque les données disponibles les plus récentes portaient sur des années antérieures.

Afin d'évaluer le degré de complétude des données sur la mortalité enregistrées dans les pays dotés de registres d'état civil, on a appliqué des techniques démographiques appropriées (méthode de Preston-Coale, méthodes de Brass – équilibre d'accroissement et équilibre d'accroissement généralisé – et méthode de Bennett-Horiuchi). Pour les Etats Membres dépourvus de tels registres, on a évalué toutes les données provenant d'enquêtes, de recensements et de registres d'état civil en les ajustant et en les uniformisant pour estimer l'évolution probable de la mortalité infantile depuis quelques dizaines d'années. Cette évolution a été ensuite projetée pour estimer les taux de mortalité infantile en 2000 et 2001. En outre, on a analysé des données sur la survie de fratries adultes tirées des analyses de population disponibles pour obtenir des informations plus poussées sur la mortalité des adultes.

L'Organisation mondiale de la Santé utilise une méthode standardisée pour les estimations et les projections des tables de mortalité de tous les Etats Membres dont les données sont comparables, ce qui peut conduire à des différences mineures par rapport aux tables de mortalité officielles établies par les Etats Membres. On a également modifié les chiffres du *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* concernant les espérances de vie en 2000 dans de nombreux Etats Membres pour prendre en considération des données sur la mortalité plus récentes.

Pour déterminer l'incertitude résultant de l'échantillonnage, de la technique d'estimation indirecte ou de la projection sur 2000, on a établi un total de 1000 tables de mortalité pour chaque Etat Membre. Dans le Tableau 1 de l'Annexe, on a indiqué les limites de confiance en donnant les valeurs clés des tables de mortalité au 10^e percentile et au 90^e percentile. Cette analyse de l'incertitude a été facilitée par la mise au point de méthodes et logiciels nouveaux.⁶ Dans les pays où l'épidémie de VIH a des effets notables, de récentes estimations de l'ampleur de cette épidémie et la marge d'incertitude correspondante ont été prises en compte pour analyser l'incertitude des tables de mortalité.⁷

TABLEAUX 2 ET 3 DE L'ANNEXE

On a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions et pour l'ensemble du monde en se basant sur des données tirées de registres nationaux d'état civil et correspondant à un total annuel d'environ 18,6 millions de décès. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, on s'est servi d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières.⁸ L'OMS intensifie sa collaboration avec les Etats Membres pour obtenir et contrôler des données récentes sur les causes de décès tirées des registres d'état civil.

On a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables dans les causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, on a élaboré des techniques basées sur l'étude de la charge mondiale de morbidité⁹ que l'on a affinées en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus robustes.¹⁰

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes dans les catégories maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatismes et affections et symptômes mal définis. On a mis au point un algorithme de correction pour reclassifier les codes des affections cardio-vasculaires mal définies.¹¹ La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'état civil et de registres de l'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte.¹²

Le tableau 3 de l'Annexe donne des estimations de la charge de morbidité en utilisant les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) pour mesurer le déficit de santé dans le monde en 2001. Les AVCI, ainsi que l'espérance de vie en bonne santé, sont des mesures synthétiques de la santé de la population.^{13,14} Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme la mesure de la différence entre l'état de santé actuel d'une population et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé. Pour déterminer les AVCI correspondant à une maladie ou un état morbide, on calcule la somme des années de vie perdues dans la population du fait d'un décès prématuré (AVP) et des années perdues du fait d'une incapacité (API) pour les cas nouveaux de la pathologie considérée. On trouvera une analyse de l'élaboration des AVCI et des récents progrès réalisés dans la mesure de la charge de morbidité dans Murray & Lopez.¹⁵ Pour une étude plus complète des problèmes conceptuels et autres à la base des mesures synthétiques de la santé des populations, voir Murray et al.¹⁴ Les AVCI pour 2001 ont été estimées sur la base d'informations concernant les causes de décès dans chaque Région, ainsi que d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes. Aux fins du présent rapport, les estimations de la charge morbide ont été actualisées pour un grand nombre de catégories de causes figurant dans l'étude sur la charge mondiale de la morbidité en 2000 sur la base des très nombreuses données relatives aux principales maladies et lésions traumatiques qui ont été recueillies par les programmes techniques de l'OMS et dans le cadre de la collaboration avec des scientifiques du monde entier.⁸ On citera, à titre d'exemples, les nombreuses bases de données sur la tuberculose, les affections maternelles, les traumatismes, le diabète, le cancer et les infections sexuellement transmissibles. Ces données, ainsi que des estimations nouvelles ou révisées des décès par cause, par âge et par sexe pour tous les Etats Membres ont servi à établir des estimations cohérentes de l'incidence, de la prévalence, de la durée et des AVCI pour plus de 130 causes majeures de morbidité dans 14 sous-régions du monde.

TABLEAU 4 DE L'ANNEXE

Le Tableau 4 de l'Annexe indique le niveau moyen de santé de la population dans tous les Etats Membres de l'OMS en termes d'espérance de vie en bonne santé. A l'issue de plus de 15 années de travaux, l'OMS a introduit dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), mesure synthétique du niveau de santé atteint par les populations.^{16,17} Pour mieux refléter la prise en compte de tous les états de santé dans le calcul de l'espérance de vie en bonne santé, on a remplacé le nom de l'indica-

teur utilisé pour mesurer cette espérance de vie (espérance de vie corrigée de l'incapacité - EVCI) par celui d'espérance de vie corrigée de l'état de santé - EVCS. L'EVCS est basée sur l'espérance de vie à la naissance (voir le tableau 1 de l'Annexe), mais elle est corrigée du temps passé en mauvaise santé. On dira plus simplement que c'est l'équivalent du nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en pleine santé compte tenu des taux actuels de morbidité et de mortalité.

La mesure du temps passé en mauvaise santé est basée sur une méthode qui associe les estimations relatives à chaque affection contenues dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité en 2000, à des estimations de la prévalence des différents états de santé par âge et par sexe tirées d'enquêtes sanitaires.^{17,18} Comme on l'a noté plus haut, les estimations de la charge morbide concernant les prévalences de maladies et traumatismes déterminés, ainsi que de leurs séquelles, ont été actualisées dans le Rapport sur la santé dans le monde de cette année pour un grand nombre de catégories de causes figurant dans l'étude mondiale sur la charge de morbidité en 2000.¹⁸

L'analyse des résultats de plus de 50 enquêtes sanitaires nationales pour le calcul de l'espérance de vie en bonne santé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* a révélé de graves problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé correspondant à différentes populations, même lorsque l'on utilise des instruments et méthodes d'enquête identiques.^{19,20} Pour l'Etude OMS basée sur des enquêtes auprès des ménages, on a procédé à 69 enquêtes auprès de ménages représentatifs dans 60 Etats Membres en 2000 et 2001 à l'aide d'un nouvel instrument de mesure de l'état de santé basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé²² qui permet d'obtenir des informations auprès d'un échantillon représentatif d'enquêtés sur leur état de santé actuel dans 6 domaines clés. Ces domaines ont été déterminés après une analyse approfondie des instruments de mesure de l'état de santé actuellement disponibles. Pour remédier aux problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé, l'instrument d'enquête de l'OMS utilise des tests de performance et des vignettes afin d'étalonner les notifications dans des domaines tels que la fonction cognitive, la mobilité et la vision, et pour corriger les distorsions auxquelles donnent lieu les notifications spontanées basées sur ces données, l'OMS a mis au point plusieurs méthodes statistiques fondées sur un modèle hiérarchique utilisant la méthode des probits ordonnés.²³⁻²⁵ Les réponses étalonnées servent à évaluer la prévalence réelle des différents états de santé en fonction de l'âge et du sexe.

Le tableau 4 de l'Annexe donne l'EVCS à la naissance dans les Etats Membres pour 2000 et 2001, et les autres informations suivantes pour 2001 : EVCS à l'âge de 60 ans, perte prévue d'années de vie en bonne santé (PAVS) à la naissance, pourcentage du total de l'espérance de vie perdu et limites de confiance à 95%. La PAVS est l'espérance de vie moins l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EV-EVCS) c'est-à-dire l'équivalent du nombre d'années de vie en pleine santé qui devrait être perdu en raison d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé. Le pourcentage de l'espérance de vie totale perdu est la PAVS exprimée en pourcentage de l'EV totale et représente la proportion de l'espérance de vie totale perdue du fait d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé. Pour de nombreux Etats Membres, les espérances de vie en bonne santé (EVCS) de l'an 2000 diffèrent de celles publiées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001* car elles tiennent compte de nouvelles informations épidémiologiques, de nouvelles données provenant d'enquêtes sanitaires et de nouvelles informations sur les taux de mortalité ainsi que de perfectionnements des méthodes d'analyse des enquêtes.²⁴

Les limites de confiance pour l'espérance de vie en bonne santé figurant au tableau 4 de l'Annexe sont basées sur le 2,5^e percentile et le 95,5^e percentile des distributions correspondantes⁶ ce qui donne un intervalle de confiance à 95%. L'incertitude des EVCS est

fonction de l'incertitude des mesures de la mortalité par âge dans chaque pays, de l'incertitude des estimations de la prévalence des incapacités dans les pays basées sur la charge de morbidité, et de l'incertitude des prévalences des états de santé tirées des enquêtes sanitaires.

TABLEAU 5 DE L'ANNEXE

Sources et méthodes

Les estimations correspondant aux six années (1995-2000) représentées à l'annexe 5 ont été soumises aux autorités nationales des Etats Membres pour observations. Elles n'ont pas moins l'œuvre de l'OMS. Comme dans tout travail évolutif de cette nature, certaines estimations ont évolué par rapport à celles figurant dans la publication précédente, à savoir l'annexe 5 du *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*. La synthèse des tendances des dépenses sanitaires qui en résulte donne une indication de l'état des connaissances au milieu de 2002 et des divers ordres de grandeur qui va au-delà de ce qui avait été réalisé précédemment.

Contenu

Les indicateurs retenus mettent l'accent sur les agents de financement. Les audits macro-économiques et sociaux sont, par nature, pluridimensionnels et consistent à contrôler l'origine des fonds et les opérations des gestionnaires qui les mobilisent. Ce contrôle s'étend aussi aux ressources allouées aux prestataires des soins et autres interventions nécessaires au bon fonctionnement d'un système de santé, à l'utilisation de ces ressources et aux avantages qu'en tirent les différentes couches de la population. Pour chaque système de santé, il faut ainsi disposer de plusieurs centaines de lignes de données statistiques et de calculs.

Le tableau donne des détails sur deux groupes d'entités : les administrations publiques et les organismes privés. Les administrations publiques comprennent le gouvernement central ou fédéral, les autorités régionales, étatiques ou provinciales, les autorités locales et municipales, et les fonds spéciaux ou conseils autonomes qui appliquent les politiques de l'Etat, notamment les organismes d'aide sociale ou les régimes de sécurité sociale. Dans de nombreux pays, des autorités sous-nationales tirent leurs ressources de la fiscalité nationale et autres mécanismes de transfert intragouvernementaux. Il en résulte que la simple addition des différents niveaux de gouvernement risque d'entraîner des doubles comptages. Mais en l'absence de données détaillées, une procédure de désagrégation présente aussi des risques : en effet, les autorités nationales et les autorités sous-nationales ou les fonds autonomes qui jouent un rôle dans le système de santé n'appliquent pas forcément les mêmes règles comptables.

Les ressources extérieures destinées aux programmes de santé sont aussi prises en compte en tant que source de financement. Elles comprennent les prêts et subventions accordés à des conditions de faveur pour des prestations et fournitures médicales et transitant par le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances ou la Banque centrale.

Les dépenses de santé des administrations publiques (DSAP) sont la somme des fonds prélevés, pour le financement de la santé, sur l'impôt, les cotisations de sécurité sociale et les ressources extérieures (il faut ici éviter un double comptage de fonds publics alloués à la sécurité sociale et à des fonds extrabudgétaires). Les dépenses de sécurité sociale et les fonds extrabudgétaires pour la santé comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et de services sanitaires par des régimes d'assurance obligatoires, contrôlés par l'Etat et couvrant une partie substantielle de la population. L'une des principales difficultés a résidé dans la recherche des doubles comptages ainsi que des prestations en espèces pour maladie ou perte d'emploi pouvant figurer dans les estimations car ce type de prestation doit être classé parmi les indemnités au titre de la garantie de ressources.

Le secteur privé comprend quatre catégories d'entités : celles qui mettent en commun des ressources pour l'acquisition de biens et services médicaux et, parfois, le financement des mécanismes de distribution ; ces systèmes privés prépayés de répartition des risques comprennent les assurances sociales privées, les assurances commerciales ou à but non lucratif (mutuelles), les réseaux de santé et autres entités qui remboursent, sur la base de prépaiements, des prestations médicales et paramédicales, y compris les frais de fonctionnement de ces organismes. Les sociétés autres que financières offrent à leurs employés des biens et services médicaux et paramédicaux qui s'ajoutent à ceux de l'assurance sociale obligatoire ou des plans prépayés. Les organisations non gouvernementales et les institutions à but non lucratif utilisent leurs ressources pour acquérir des biens et services sanitaires qui ne doivent pas être une source de revenu, de profit ou autre avantage financier pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Les ménages contribuent directement au financement de nombreux programmes publics, complètent les prestations financières offertes par les plans prépayés et procèdent à des auto-diagnostics et des auto-soins sans aucune intervention du système de santé dont ils dépendent. On inclut dans ce poste les gratifications et les paiements en espèces versés à des praticiens et fournisseurs de médicaments et appareils thérapeutiques.

Au tableau 5 de l'annexe, la part des dépenses des administrations publiques et des dépenses privées dans les flux financiers générés par la santé est exprimée sous forme de ratios. Les dénominateurs sont le produit intérieur brut (PIB), correspondant au total des dépenses (consommation et investissement) des acteurs privés et publics de l'économie, et les dépenses des administrations publiques (DAP), correspondant à l'ensemble des dépenses de tous les échelons administratifs (autorités territoriales : centrales/fédérales, provinciales/régionales/étatiques/districtales, municipales/locales), des organismes de sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires, y compris les dépenses en capital. Les chiffres par habitant sont donnés en dollars des Etats-Unis au taux de change annuel moyen (nombre annuel moyen d'unités contre lequel une monnaie s'échange dans le système bancaire) ou en dollars internationaux obtenus en divisant les unités de la monnaie locale par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat vis-à-vis du dollar des Etats-Unis, c'est-à-dire par un taux ou une mesure qui gomme les effets des différences de coût de la vie entre les pays.

Sources de données

Un processus de modélisation fait partie intégrante de tout système comptable, public ou privé, mais dans la totalité des 191 pays, ce système repose en partie sur une information nationale. Toutefois, un quart seulement des Etats Membres ont fourni les chiffres de leur budget de la santé pour les six années (1995-2000) incluses dans le tableau 5 de l'annexe, et les autres uniquement pour une ou plusieurs de ces années.

Le Fonds monétaire international a pris l'initiative de publier, pour 101 pays, un état fonctionnel des dépenses des administrations centrales qui a servi de guide pour chercher à déterminer les dépenses publiques. Lorsqu'il n'a pas été possible d'accéder à une source nationale, on s'est basé sur le *Government Finance Statistics Yearbook 2001* du FMI, Washington 2001. Une exception concerne les Etats Membres de l'OCDE pour lesquels on s'est référé aux ECO-SANTE OECD 2002 en extrapolant un petit nombre de données ou de chiffres manquants des années 90 à l'an 2000.

Dans les autres cas, on a utilisé les Comptes nationaux des Nations Unies pour les dépenses publiques et privées ; les Indicateurs du développement de la Banque mondiale ; les annuaires statistiques nationaux et autres rapports renfermant des estimations conformes aux principes ayant présidé au choix des données dans les sources citées ; les résultats d'enquêtes auprès des ménages ; les estimations du secrétariat de l'OMS et la correspondance avec des responsables des Etats Membres. On a dû enfin compléter les indications

partielles. Comme tous les autres comptes dans le monde, ceux-ci reposent sur un certain nombre d'estimations pour les données manquantes : les bases en ont été les statistiques des pays concernant leur système de santé, mais celles-ci sont rarement complètes, cohérentes ou à jour.

Le Comité d'aide au développement de l'OCDE possède une énorme base de données sur les engagements des principaux pays assurant un financement extérieur. Ces données sont également classées en fonction des pays auxquels les programmes sont destinés et des objets de ces programmes. Avec l'aimable autorisation du Secrétariat de l'OCDE, nous avons constitué un dossier à partir des données stockées par cette institution. Les crédits ouverts au titre de l'aide extérieure ne sont pas dépensés sur le champ mais dans un délai qui dépend de la capacité d'absorption du pays bénéficiaire ainsi que de la nature et de l'ampleur du programme. Ce délai oscille le plus souvent entre deux et dix ans à partir de la date de l'engagement. D'une manière générale, les montants enregistrés ont été grossièrement répartis en tranches de deux à cinq ans, l'élément d'incertitude ayant été corrigé par l'introduction des données d'un petit nombre de ministères bénéficiaires - santé, finances, développement économique ou planification économique - lorsque celles-ci étaient disponibles.

Bien que des méthodes normalisées de calcul du PIB aient été agréées au niveau mondial, nombre d'Etats Membres continuent à publier des chiffres du PIB basés en partie sur d'autres notions. Aux fins de l'annexe au *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*, on s'est servi de méthodes normalisées. Les PIB sont tirés des Comptes nationaux des Nations Unies, compilation établie préalablement à la publication et aimablement communiquée par le Département de Statistique de l'ONU, des Statistiques financières internationales du FMI, Annuaire 2001 et numéro de juin 2002, ou les Comptes nationaux de l'OCDE 2002, et ils sont en accord avec la nouvelle norme des séries chronologiques du Système de comptabilité nationale (SNA93) pour les Etats Membres dont les services statistiques ont adopté les nouveaux concepts et définitions et au SNA68 dans les autres cas. Les dépenses des administrations publiques sont tirées des comptes nationaux des Nations Unies pour 1995-1997, tableau 1.4 extrapolé à l'an 2000 ; des Comptes nationaux de l'OCDE, volume II ; des Statistiques financières internationales du FMI, Annuaire 2001 et numéro de juin 2002 (dépenses des gouvernements centraux englobant, lorsque cela est possible, celles des autorités régionales et locales). Les taux de change sont extraits des *Statistiques financières internationales du FMI*, numéro de juin 2002. Les dollars internationaux ont été estimés par l'OMS à l'aide de méthodes similaires à celles de la Banque mondiale et les parités des pouvoirs d'achats sont basées sur des comparaisons entre les prix de 1996 lorsque celles-ci existent ; dans les autres cas, elles sont estimées à partir des PIB par habitant en dollars des Etats-Unis, des tendances de l'inflation et de quelques autres variables de rechange. Les projections sur 2000 ont été faites à partir des taux d'accroissement réels du PIB et du coefficient d'ajustement du PIB des Etats-Unis pour corriger les effets de l'inflation dans ce pays.

La méthodologie du Système de comptabilité nationale instauré par l'OCDE a servi de guide pour compiler les estimations contenues dans le tableau 5 de l'annexe et pour remodeler les informations provenant de centaines de sources hétérogènes de manière à en améliorer l'exactitude et la comparabilité. Les estimations présentées reflètent aussi honnêtement que possible ce que les Etats Membres publient au sujet de leur système de santé pour une ou plusieurs années. Les données accessibles devraient porter sur des budgets effectifs et, de préférence, vérifiés mais il arrive qu'elles concernent des dépenses simplement envisagées par des institutions dont la santé n'est que l'une des préoccupations et qui peuvent avoir, parallèlement, d'autres objectifs environnementaux et sociaux. Inversement, des ministères autres que celui de la santé exécutent des programmes qui visent essentiellement à atteindre les objectifs sanitaires du pays.

Aux fins des statistiques, les données de la Chine n'englobent pas celles de la Région administrative spéciale de Hong Kong et de la Région administrative spéciale de Macao. Pour la Jordanie, les données concernant le territoire sous occupation israélienne depuis 1967 ont été omises.

TABLEAUX 6-16 DE L'ANNEXE

La section suivante contient une liste de l'ensemble des facteurs de risque examinés dans le présent rapport selon les groupes utilisés, avec les intervalles d'incertitude pour les estimations mondiales de la charge attribuable. La prévalence des facteurs de risque, la mortalité attribuable, les années de vies perdues attribuables et les AVCI attribuables sont également indiquées.

Les facteurs de risque ont été regroupés dans sept catégories distinctes. La première, sous-alimentation de la mère et de l'enfant, comprend l'insuffisance pondérale et la carence en fer, en vitamine A et en zinc. La deuxième catégorie concernant les autres risques liés à l'alimentation comprend l'hypertension, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, l'apport insuffisant en fruits et légumes et la sédentarité. La troisième catégorie consacrée à la santé sexuelle et génésique comprend les pratiques sexuelles à risque et le défaut de contraception. La quatrième catégorie est celle des substances addictives qui comprend le tabagisme, l'alcool et l'usage de drogues illicites. La cinquième catégorie consacrée aux risques environnementaux comprend l'usage d'eau non potable et le défaut d'assainissement et d'hygiène, la pollution de l'air urbain, la fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations, l'exposition au plomb et le changement climatique. La sixième catégorie regroupe divers risques professionnels, notamment les facteurs de risque de traumatismes et l'exposition à des substances cancérogènes, les particules en suspension dans l'air, les sources ergonomiques de stress et le bruit. La septième catégorie enfin comprend d'autres risques pour la santé liés aux injections à risque dans le cadre des soins de santé et aux sévices sexuels à enfants. On trouvera une description complète des méthodes utilisées dans les notes explicatives de l'annexe statistique sur le site Web du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* (www.who.int/whr).

RÉFÉRENCES

- ¹ Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson BD, Salomon JA, Murray CJL, Hill KH (2002). *Mortalité mondiale en 2000 : tables de mortalité pour 191 pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ² Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, UNICEF.
- ³ United States Bureau of the Census: International database disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- ⁴ *World population prospects: the 2000 revision* (2001). New York, Nations Unies.
- ⁵ Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 39).
- ⁶ Salomon JA, Mathers CD, Murray CJL, Ferguson B (2001). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 10).
- ⁷ Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinic [Modélisation des épidémies de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne à partir des données de séroprévalence des dispensaires de soins anténatals]. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 596-607 (résumé en français).
- ⁸ Mathers CD, Stein C, Tomijima N, Ma Fat D, Rao C, Inoue M, Lopez AD, Murray CJL. (2002). *Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 50).
- ⁹ Murray CJL, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- ¹⁰ Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 11, édition révisée).
- ¹¹ Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Mis coding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 12).
- ¹² Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2001). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 13).
- ¹³ Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). Examen critique des mesures synthétiques de l'état de santé des populations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2001, 4: 166-179.
- ¹⁴ Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ¹⁵ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.
- ¹⁶ Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un service de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ¹⁷ Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357(9269): 1685-1691.
- ¹⁸ Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE discussion paper No. 38).
- ¹⁹ Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 15).
- ²⁰ Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD; Sadana R (2002). *Cross-population comparability of evidence for health policy*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 46).
- ²¹ Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE discussion paper No. 37).
- ²² Organisation mondiale de la Santé (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la Santé* (CIF). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ²³ Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 35).
- ²⁴ Tandon A, Murray CJL, Salomon JA, King G (2002). *Statistical models for enhancing cross-population comparability*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 42).
- ²⁵ Sadana R, Tandon A, Murray CJL, Serdoboia I, Cao Y, Jun Xie W, Chatterji S, Üstün BL (2002). *Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 43).
- ²⁶ Poullier J-P, Hernandez P, Kawabata K (2001). *National health accounts: concepts, data sources and methodology*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (GPE Discussion Paper No. 47).