

annexe statistique

notes

explicatives

TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Toutes les estimations de l'effectif et de la structure des populations pour 2004 sont basées sur l'évaluation démographique établie par la Division de la Population de l'ONU (1). Ces estimations se réfèrent à la population effective et non à la population légale de chaque Etat Membre.

Le taux de croissance annuel, le rapport de dépendance économique, le pourcentage de la population âgée de 60 ans ou plus, ainsi que le taux global de fécondité sont tirés de cette même base de données de la Division de la Population de l'ONU.

Pour évaluer le niveau général des réalisations sanitaires, il est indispensable de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration pour 2004 de nouvelles tables de mortalité pour les 192 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles sur les niveaux et tendances de la mortalité des moins de cinq ans et de celle des adultes. Les efforts déployés par les bureaux régionaux de l'OMS pour recueillir des données sur les événements d'état civil auprès des Etats Membres méritent d'être soulignés (2). Certaines organisations internationales comme le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) gèrent également des bases de données historiques sur les taux de mortalité des moins de cinq ans, dont elles mettent généreusement en commun les informations, ce qui nous a permis de les prendre en compte dans nos analyses. Parmi les autres sources d'information, on peut citer les données émanant des recensements ou enquêtes au niveau national ou encore auprès des ménages, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires de l'ORC Macro, l'étude de la Banque mondiale sur les mesures des niveaux de vie, ainsi que les enquêtes par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (EGIM). Enfin, certains documents statistiques nationaux tels que les annuaires statistiques ou encore des rapports d'organismes spécialisés et les résultats du dépouillement d'un certain nombre de publications périodiques ont également été pris en compte pour l'établissement de la base de données.

Cet examen a largement tiré profit d'une évaluation collective, par la Banque mondiale, la Division de la Population de l'ONU responsable du suivi des tendances de la mortalité infanto-juvénile, l'OMS et l'UNICEF, des niveaux de la mortalité des moins de cinq ans en 2004. Ces quatre organismes ont mis sur pied le Groupe de coordination sur la mortalité infanto-juvénile qui comporte une équipe indépendante d'universitaires dont l'objectif est d'effectuer un examen critique des méthodes actuellement utilisées dans chaque institution pour rassembler les données et procéder à des estimations ponctuelles (3).

L'OMS utilise une méthode normalisée 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.

L'espérance de vie à la naissance, la probabilité de décès avant cinq ans (taux de mortalité des moins de cinq ans) et la probabilité de décès entre 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes) proviennent des tables de mortalité calculées par l'OMS pour chaque Etat Membre.

Le mode d'établissement des tables de mortalité pour 2004 diffèrait selon les Etats Membres en fonction des données disponibles pour évaluer la mortalité infanto-juvénile et celle des adultes. En raison de l'hétérogénéité croissante des caractéristiques de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logistique à deux paramètres, avec des paramètres supplémentaires tenant compte de l'âge, de manière à corriger les erreurs systématiques qui résultent de l'application d'un système à deux paramètres (4). Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil et pour les projections sur 2004 lorsque les données disponibles les plus récentes portaient sur des années antérieures. Les estimations pour 2004 ont été révisées de manière à tenir compte des nouvelles données reçues pour de nombreux Etats Membres depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*, et ne sont peut-être pas comparables avec celles qui ont été publiées dans les rapports antérieurs. Les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité sont résumées ci-après et une synthèse détaillée en a été publiée (4, 5).

Pour les Etats Membres qui disposent de données d'état civil ou utilisent un système d'enregistrement par sondage, on a commencé par appliquer des techniques démographiques appropriées (méthode de Preston-Coale, méthode de Brass – équilibre d'accroissement et équilibre d'accroissement généralisé – et méthode de Bennett-Horiuchi) pour évaluer le degré de complétude des données sur la mortalité enregistrées dans la population d'âge supérieur à cinq ans, puis les données relatives à ces tranches d'âge ont été ajustées en conséquence (6). Lorsqu'il existait des données d'état civil pour 2004, elles ont servi directement à l'établissement de la table de mortalité. Pour d'autres pays où le système fournissait une série chronologique de tables de mortalité annuelles, les paramètres (I_{5+} , I_{60+}) ont fait l'objet de projections à l'aide d'un modèle de régression pondérée donnant davantage de poids aux années récentes (moyennant un système de pondération exponentielle tel que le poids attribué à chaque année t soit inférieur de 25 % au poids attribué à l'année $t+1$). Pour les pays comptant une population de moins de 750 000 habitants ou pour lesquels l'erreur type issue de la régression était supérieure ou égale à 0,011, on a procédé à l'estimation d'une tendance à plus court terme en appliquant un facteur de pondération avec une décroissance exponentielle annuelle de 50 %. On a ensuite appliqué les valeurs projetées des deux paramètres des tables de mortalité à un modèle logistique modifié, en prenant comme norme les dernières données nationales – ce qui permet de déterminer la structure d'âge la plus récente – afin de calculer la table de mortalité complète pour 2004.

Pour tous les Etats Membres, les autres données dont on disposait au sujet de la mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire provenant notamment d'enquêtes et de recensements, ont été évaluées et corrigées afin d'estimer la tendance probable au cours des

quelques décennies précédentes et de déterminer la mortalité infanto-juvénile prévisible en 2004. On a utilisé une méthode normalisée de calcul de la mortalité infanto-juvénile pour obtenir les estimations relatives à 2004 (7).

Ces estimations sont utilisées, d'une part pour remplacer les estimations du taux de mortalité des moins de cinq ans dans les tables de mortalité des pays qui possèdent des registres d'état civil ou un système d'enregistrement par sondage des événements d'état civil, mais pour lesquels l'enregistrement du nombre de décès chez les moins de cinq ans est incomplet. D'autre part, dans le cas des pays qui ne disposent pas d'un registre d'état civil exploitable, c'est-à-dire essentiellement ceux où la mortalité est la plus élevée, le taux calculé de mortalité des moins de cinq ans constitue l'une des données d'entrée du système logistique modifié. Les taux de mortalité des adultes ont été tirés des résultats des enquêtes ou des recensements dont on disposait ; à défaut, on a estimé les valeurs correspondantes les plus probables de ces taux en utilisant un modèle de régression de la mortalité infanto-juvénile en fonction de la mortalité des adultes basé sur une série de quelque 1800 tables de mortalité. Ces taux estimatifs de mortalité infanto-juvénile et de mortalité des adultes ont ensuite été appliqués, en utilisant le modèle logistique modifié, à une table mondiale type définie comme la moyenne de toutes les tables de mortalité, pour obtenir les estimations relatives à 2004.

Il est à noter que le modèle logistique de tables de mortalité basé sur la table mondiale type ne permet pas de prendre en compte les situations caractérisées par une forte épidémie de VIH/SIDA, car ce n'est pas des pays frappés par l'épidémie que proviennent les tables de mortalité observées. De même, les décès dus à des conflits armés ne sont pas non plus pris en compte du fait que les systèmes d'enregistrement des données d'état civil sont souvent désorganisés en période de conflit (8). C'est pour ces raisons que, dans le cas des pays concernés, on a procédé à une estimation de la mortalité sans prendre en compte les décès attribuables au VIH/SIDA et aux conflits armés et que l'on a ajouté les estimations séparées des décès survenus en 2004 pour ces deux causes.

Les principaux résultats du Tableau 1 de l'annexe sont accompagnés de leur intervalle d'incertitude afin que l'utilisateur dispose de la fourchette plausible dans laquelle se trouvent les estimations de chaque mesure pour chaque pays. Dans le cas des pays dont la projection des données d'état civil a été effectuée par régression sur des séries chronologiques appliquée aux paramètres du modèle logistique des tables de mortalité, on a tenu compte de l'incertitude sur les coefficients de régression en procédant à 1000 tirages des paramètres et en utilisant les estimations fournies par la régression et la matrice de variance-covariance des estimateurs. Pour chacun des tirages, on a calculé une nouvelle table de mortalité. Lorsque des sources supplémentaires d'information fournissaient une fourchette plausible pour le taux de mortalité des moins de cinq ans et le taux de mortalité des adultes, des restrictions ont été imposées aux 1000 tirages de manière que chaque table de mortalité produise des estimations qui se situent à l'intérieur de ces limites. Les 1000 tables de mortalité produites par ces tirages multiples traduisent une partie de l'incertitude qui entache les tendances projetées de la mortalité, et notamment l'évaluation quantitative imprécise des modifications systématiques survenues dans les paramètres logistiques au cours de la période de temps couverte par les données d'état civil disponibles.

Dans le cas des Etats Membres pour lesquels on disposait d'un enregistrement complet des décès en 2004 et pour lesquels l'on n'a pas utilisé de projection, l'incertitude relative aux tables de mortalité découle de l'incertitude sur le comptage des événements, dont rend approximativement compte la distribution de Poisson, et qui concerne les taux de décès estimatifs par âge tirés de l'observation d'un nombre fini de décès au cours d'une période fixe d'une année.

Dans le cas des pays ne disposant pas de séries chronologiques de données relatives à la mortalité par âge et par sexe, on a procédé comme suit. On a tout d'abord obtenu des estimations ponctuelles et des fourchettes pays par pays pour le taux de mortalité des moins de cinq ans et des adultes de sexe masculin et féminin (5). Dans le modèle

logistique modifié de tables de mortalité (4), les valeurs de ces deux paramètres peuvent être utilisées pour déterminer une série de tables de mortalité différentes de la table type de mortalité mondiale. À l'aide des méthodes de simulation de Monte Carlo, 1000 tables de mortalité ont été générées de manière aléatoire en tirant des échantillons des distributions normales autour de ces valeurs avec une variance définie en fonction de la marge d'incertitude. Dans les pays où l'incertitude sur le taux de mortalité des moins de cinq ans et des adultes était très importante en raison de la rareté des informations fournies par les enquêtes ou la surveillance, l'échantillonnage a porté sur de larges distributions, mais des restrictions ont été apportées aux résultats en se basant sur les valeurs maximales et minimales plausibles des estimations ponctuelles.

Pour 55 pays, principalement situés en Afrique subsaharienne, les estimations des tables de mortalité ont été obtenues en élaborant des tables de mortalité contrefactuelles qui ne prenaient pas en compte l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur la mortalité, puis en combinant ces tables avec les estimations exogènes des taux de surmortalité attribuable au VIH/SIDA. Les estimations ont été obtenues par des méthodes de rétrocalcul mises au point dans le cadre d'un effort concerté de l'OMS et du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) afin d'obtenir des estimations épidémiologiques du VIH/SIDA au niveau des pays. Dans les pays où le nombre de décès par suite de conflits armés était important, l'estimation de la marge d'incertitude correspondante a également été prise en compte dans l'analyse relative à l'incertitude des tables de mortalité.

TABLEAU 2 DE L'ANNEXE

Le Tableau 2 de l'annexe (qui correspond au Tableau 5 de l'annexe du rapport précédent) donne un ensemble d'indicateurs utiles aux décideurs portant sur les principaux agrégats de dépenses de santé. Ces indicateurs comportent les dépenses totales de santé ventilées en dépenses publiques générales de santé et dépenses privées pour la santé. Un certain nombre de composantes des dépenses publiques de santé (dépenses de sécurité sociale au titre de la santé) et des dépenses privées de santé (assurance-maladie, système de prépaiement et dépenses directes) sont également données. L'estimation des dépenses publiques générales de santé est également présentée en proportion du total des dépenses publiques générales (DPG). Des données sur les ressources financières extérieures qui sont des flux extérieurs au pays spécialement destinés à la santé et considérés comme des sources de financement figurent également dans cette annexe. Ces ressources représentent l'ensemble des fonds extérieurs qui servent à financer les dépenses publiques générales de santé ainsi que les dépenses privées au titre de la santé.

Toutes ces données représentent les meilleures estimations dont l'OMS disposait fin 2005 pour chacun de ses 192 États Membres. Les mises à jour ultérieures, les données concernant d'autres années et un certain nombre d'autres informations détaillées peuvent être obtenues en consultant le site Internet de l'OMS relatif aux comptes nationaux de la santé (CNS) à l'adresse suivante : <http://www.who.int/nha/en/>.

Au cours de la dernière décennie, un nombre croissant de pays ont publié des données plus complètes sur leurs dépenses de santé : une centaine d'entre eux ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé (pour une année ou plus) ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'Organisation pour la Coopération et le Développement économiques (OCDE), données qui sont publiées dans Eco-Santé OCDE. L'OMS, quant à elle, publie des données tirées de sources et de rapports nationaux et internationaux. Ces données sont rassemblées, triangulées et harmonisées dans le cadre des comptes nationaux de la santé, en s'appuyant sur des classifications internationales et les procédures habituelles applicables aux comptes nationaux. Des techniques normalisées d'estimation comptable et d'extrapolation ont été appliquées pour obtenir des séries chronologiques appropriées. Comme les années précédentes, des projets de modèles sont adressés aux ministères de la santé pour

qu'ils les commentent et nous aident, le cas échéant, à obtenir les informations supplémentaires dont nous avons besoin. Leurs réponses et celles d'autres organismes publics, comme les bureaux ou instituts de statistique, ont constitué une précieuse source d'informations en retour qui a permis d'améliorer les indicateurs de dépenses de santé figurant dans le présent rapport. Le personnel de l'OMS, tant au Siège que dans les bureaux régionaux et de pays, a facilité ce processus. Les consultations et les discussions qui ont lieu régulièrement depuis des années ont permis d'établir d'importants circuits de communication avec les ministères de la santé et d'autres organismes ou encore avec des experts et des réseaux nationaux et internationaux, et elles ont également contribué à développer les moyens nationaux dans ce domaine.

Mesure des dépenses de santé

Les comptes de la santé (CS) représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé. Ils offrent la possibilité de suivre toutes les transactions depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques. Les comptes nationaux de la santé se rattachent également aux comptes macroéconomiques et macrosociaux dont ils empruntent la méthodologie.

Il existe une contribution méthodologique importante à la préparation des comptes de la santé, le *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et moyen revenus* (9). Ce guide s'appuie lui-même sur les principes énoncés dans le *Système des comptes pour la santé* (10) de l'OCDE dont les méthodes sont conformes aux principes de base du *Système de comptabilité nationale* de l'Organisation des Nations Unies (communément désigné sous le sigle SNA93) (11).

L'OMS publie depuis 2002 une série quinquennale mobile d'indicateurs qu'elle met à jour chaque année en fonction des meilleures estimations dont elle dispose. Une cohérence interne est assurée entre les années prises en compte pour chaque série quinquennale. Comme l'établissement des comptes de la santé est une discipline en cours d'élaboration – non seulement sur le plan méthodologique, mais aussi en ce qui concerne sa mise en œuvre par les pays –, un certain nombre d'États Membres ont modifié leurs estimations antérieures afin d'améliorer la mesure de leurs dépenses. On peut distinguer cinq catégories de facteurs, qui expliquent l'amélioration des estimations : 1) de nouveaux rapports sur les comptes nationaux de la santé, lorsque ceux-ci constituent les premiers rapports des pays dans ce domaine ; 2) de meilleurs rapports sur les comptes nationaux de la santé contenant un rapport complémentaire avec des estimations améliorées par rapport aux documents antérieurs ; 3) l'utilisation de meilleures sources de données qui permettent d'obtenir de nouvelles informations telles que par exemple des données de sécurité sociale ou les résultats publiés de nouvelles enquêtes sur les dépenses des ménages ; 4) de meilleures sources d'information, soit parce que les gouvernements fournissent effectivement de meilleures données, soit parce qu'on a repéré les cas de double comptabilisation ; et (5) la mise à jour des macrodonnées. La prudence s'impose lorsqu'on compare les estimations nouvellement publiées avec les séries antérieures de données ou lorsqu'on s'efforce d'élaborer une série plus longue que la série pluriannuelle actuelle (en ce qui concerne les séries plus longues rapprochées, prière de se reporter au site Internet).

Définitions

Le total des dépenses de santé a été défini comme la somme des dépenses publiques générales de santé (DPGS) et des dépenses privées pour la santé (DPS). 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, notamment par le ministère de la santé et les organismes de sécurité sociale. Les dépenses de santé

privées sont définies comme la somme des dépenses totales effectuées par des entités privées : notamment les caisses privées d'assurance-maladie, les institutions à but non lucratif et les ménages qui effectuent des versements complémentaires à ces institutions ou qui doivent financer unilatéralement les produits de santé dont ils ont besoin. L'assiette du revenu de ces entités peut avoir une multiplicité de sources, notamment d'origine extérieure, d'où la nécessité de prendre en considération les attributs essentiels des comptes de la santé, à savoir la complétude, la cohérence, la normalisation et la communication des données en temps voulu, lorsqu'on procède aux estimations. Les chiffres sont donnés au départ en millions d'unités de la monnaie nationale (millions d'UMC) aux prix courants.

Les dépenses publiques générales de santé (DPGS) 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, par les agents de financement suivants :

- autorités centrales/fédérales (ministère de la santé ou autre ministère), statales/provinciales/régionales ou locales/municipales ;
- organismes financés par des fonds extrabudgétaires, notamment le système de sécurité sociale ;
- sources de financement directes des soins de santé par des organismes parastatutaires ou des entreprises publiques (qui se comportent comme des entreprises privées mais sont placées sous l'autorité des pouvoirs publics).

Dans les trois cas, le financement se fait à partir de fonds nationaux ou en utilisant 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 publiques générales de santé comprennent à la fois les dépenses de fonctionnement et d'investissement (y compris les transferts de capitaux) engagées au cours de l'année. La classification des fonctions de l'Etat, préconisée par l'ONU, le Fonds monétaire international (FMI), l'OCDE et d'autres institutions, permet de délimiter les dépenses publiques. Il arrive souvent que les données contenues dans les publications se limitent à celles communiquées par les ministères de la santé. Or, les dépenses de santé devraient inclure tout ce qui est principalement destiné à l'amélioration de la santé, quelle que soit l'entité chargée de l'exécution. On s'est donc attaché à obtenir des données sur les dépenses de santé auprès d'autres ministères ainsi que des forces armées, des administrations pénitentiaires, des écoles, des universités et autres sources pour être certain de prendre en compte la totalité des ressources consacrées à la santé. Par ailleurs, toutes 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).

Les chiffres des dépenses de sécurité sociale pour la santé comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et de services par les régimes d'assurance obligatoire gérés par l'Etat. L'une des principales difficultés en matière de comptabilité consiste à éviter la double comptabilisation et à ne pas prendre en compte des prestations en espèces pour congé 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. Les systèmes de sécurité sociale obligatoire gérés par l'Etat qui ne s'appliquent qu'à des groupes particuliers de la population, comme par exemple les employés du secteur public, sont également pris en compte.

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

- Systèmes de prépaiement et de répartition des risques : dépenses des régimes d'assurance privée et des régimes d'assurance sociale privée (pour lesquels l'Etat n'a aucun contrôle sur les taux de cotisation et les prestataires participants mais donne quelques orientations générales), des régimes d'assurance privée avec ou sans but lucratif (mutuelles), des réseaux de santé et autres agents économiques qui gèrent

des systèmes de prestations médicales et paramédicales prépayés (y compris les coûts d'exploitation de ces systèmes).

- Dépenses de santé des entreprises : dépenses d'entreprises publiques et privées concernant des soins médicaux et des services destinés à améliorer la santé autres que les cotisations à un régime de sécurité sociale ou autres systèmes de prépaiement.
- Institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages : ressources utilisées pour acheter des biens et services de santé par des entités dont le statut interdit que ceux-ci soient une source de revenu, de profit ou autres avantages financiers pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Ces ressources englobent des fonds provenant de sources internes ou externes.
- Dépenses directes des ménages : honoraires et autres versements en espèces reçus par des praticiens de la santé et des fournisseurs de produits pharmaceutiques, d'appareillages thérapeutiques et autres biens et services ayant principalement pour but de contribuer à restaurer ou à promouvoir la santé d'individus ou de groupes de population. Elles comprennent, d'une part, les sommes versées par les ménages à des services publics, à des institutions sans but lucratif ou à des organisations non gouvernementales et, d'autre part, les participations aux coûts, franchises, tickets modérateurs et rémunérations à l'acte non remboursables. Ne sont pas compris les versements effectués par des entreprises qui offrent des prestations médicales et paramédicales, imposés ou non par la loi, à leurs employés, et les dépenses encourues pour des traitements à l'étranger. Sont exclus les frais de transport et de nourriture (à l'exception de ceux qui sont payés officiellement aux prestataires) ainsi que les cotisations aux systèmes de prépaiement avec répartition des risques.

Les ressources financières extérieures qui figurent au Tableau 2 sont celles qui entrent dans le système sous la forme de sources de financement, c'est-à-dire que sont prises en compte toutes les ressources extérieures (subventions et prêts), qu'elles passent par le canal de l'administration publique ou d'organismes privés. En revanche, les autres institutions et entités qui sont prises en compte au titre des dépenses de santé publiques ou privées agissent en tant qu'agents de financement. Ces agents de financement sont notamment des entités qui rassemblent les ressources pour la santé issues de diverses sources de financement (par exemple les ménages, l'Etat, les organismes extérieurs, des entreprises et des organisations non gouvernementales) et qui paient directement ou achètent des soins de santé.

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, qu'il soit imputé sur des créances nationales ou étrangères. Cela correspond (avec quelques ajustements) au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence.

Les dépenses publiques générales (DPG) incluent les dépenses consolidées directes et indirectes (par exemple subventions aux producteurs, versements aux ménages, etc.), y compris les dépenses en capital, de l'Etat à tous les échelons administratifs (autorités centrales/fédérales, provinciales/régionales/statales/districtales et municipales/locales), des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes, et autres fonds extrabudgétaires.

Sources de données

Le Tableau 2 de l'annexe donne des chiffres actualisés et des chiffres révisés pour 1999–2003. Les estimations concernant d'autres années ainsi que les sources des données et les méthodes utilisées sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/nha>. Parmi les sources nationales figurent des rapports sur les comptes nationaux de la santé, des rapports sur les dépenses publiques, des annuaires statistiques et autres périodiques, des documents budgétaires, des rapports sur les

comptes nationaux, des rapports des banques centrales, des rapports d'organisations non gouvernementales, des études théoriques, des rapports et données fournis par les bureaux ou instituts centraux de statistique, les ministères de la santé, les ministères des finances et du développement économique, les organismes de planification et certaines associations professionnelles et commerciales, des données statistiques figurant sur les sites Internet officiels et des enquêtes auprès des ménages.

Il existe des comptes de la santé particuliers ou des documents et des études exhaustifs sur le financement de la santé (portant sur le secteur privé et le secteur public) pour les pays suivants regroupés par Région OMS :

- Région africaine : Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Cameroun, Ethiopie, Guinée, Kenya, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Togo, Zambie, Zimbabwe.
- Région des Amériques : Argentine, Bahamas, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Equateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay.
- Région de l'Asie du Sud-Est : Bangladesh, Inde, Indonésie, Sri Lanka, Thaïlande.
- Région européenne : Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tadjikistan, Turquie.
- Région de la Méditerranée orientale : Bahreïn, Djibouti, Égypte, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, République islamique d'Iran, Tunisie, Yémen.
- Région du Pacifique occidental : Australie, Chine, Japon, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, Samoa, Tonga, Viet Nam.

La série *Eco-Santé OCDE* indique les dépenses publiques générales de santé et les dépenses privées au titre de la santé des 30 États Membres de cette organisation. En ce qui concerne les DPGS, on dispose depuis quelques années d'un nombre plus élevé de rapports sur les dépenses des pays qui n'appartiennent pas à l'OCDE. On a pu ainsi procéder à une estimation plus complète que dans les précédents Rapports sur la santé dans le monde. La publication du FMI intitulée *Gouvernement finance statistics* (Statistiques financières publiques) indique les dépenses de santé des administrations centrales de plus de 120 pays ainsi que, pour un tiers de ces pays, les dépenses de santé des administrations régionales et locales. Les données relatives aux finances publiques, les annuaires statistiques, les rapports sur les finances publiques, les rapports d'organismes de sécurité sociale et les rapports d'avancement sur la mise en œuvre des politiques sanitaires facilitent l'évaluation des dépenses publiques générales de santé des États Membres qui ne communiquent pas encore ces informations.

L'essentiel de l'information concernant les dépenses de santé privées est tiré de rapports sur les comptes nationaux de la santé, d'annuaires statistiques et autres périodiques, de données statistiques publiques disponibles sur les sites Internet officiels, de rapports d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes sur les dépenses des ménages, d'études théoriques et de rapports et informations émanant de bureaux ou d'instituts centraux de statistique, des ministères de la santé, des compagnies d'assurance, d'associations professionnelles ou commerciales ou de conseils de planification. Pour obtenir les chiffres des années manquantes, on a utilisé les techniques habituelles d'extrapolation et d'estimation.

Des informations sur les ressources extérieures ont été obtenues du Comité d'action pour le développement de l'OCDE (DAC/OCDE). Certains États Membres contrôlent effectivement les ressources extérieures de leur système de santé et cette information a été utilisée pour valider ou modifier les ordres de grandeur tirés des données du DAC. Dans la mesure du possible, les données du DAC qu'a utilisées l'OMS concernent des

dépenses effectives pour certains pays (le DAC n'indique que les flux bilatéraux) ; dans le cas contraire, ce sont des engagements de dépenses qui sont indiqués.

En ce qui concerne les variables macroéconomiques, le recours à un certain nombre de références internationales a facilité l'établissement des estimations recherchées, notamment les dernières estimations tirées du *Government finance statistics yearbook* (12), de l'*International financial statistics yearbook* (13) et de l'*International financial statistics yearbook* (14) du FMI ; les *Key indicators de la Banque asiatique de Développement* (15) ; *Eco-Santé OCDE* (16) ; les *statistiques sur le développement international* (17) ; les *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables* (18) des Nations Unies ; la Division des Statistiques, la Commission économique pour l'Europe et la Commission économique et sociale pour l'Asie de l'Ouest des Nations Unies ; les *World development indicators* de la Banque mondiale ; un certain nombre de données non publiées émanant du Département de recherche du FMI, du Caribbean Community Secretariat (CARICOM) ; et des statistiques nationales des ministères des finances ou des banques centrales.

La principale source d'information relative au PIB est constituée par les dernières estimations pour l'année en cours tirées des publications de l'OCDE intitulées *Comptes nationaux OCDE* et *Eco-Santé OCDE*, pour ce qui est des pays de l'OCDE ; en ce qui concerne les pays qui n'appartiennent pas à l'OCDE, on a utilisé les *National accounts statistics* de l'ONU ainsi que des données provenant d'autres institutions des Nations Unies. Lorsqu'on ne disposait pas de ces données, on a fait appel à d'autres sources comme indiqué plus haut.

Notes méthodologiques

Aux fins de normalisation, on a corrigé les variations dans les délimitations utilisées par les sources originales. Par exemple, dans certains pays, les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, le total des dépenses de santé (DTS) peuvent inclure des dépenses au titre de l'hygiène de l'environnement, de la formation du personnel sanitaire et de la recherche en santé, alors que, dans d'autres, ces dépenses sont considérées comme des postes pour mémoire. Dans les tableaux du présent rapport, ce sont les principes définis dans le *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et moyen revenus* (9) qui ont été suivis, à savoir que ce sont les dépenses en rapport avec la santé et qu'à ce titre elles ne figurent donc pas dans les dépenses totales de santé. Faute d'éviter de prendre en compte ce type de dépense, on a été quelquefois conduit à publier des rapports DTS/PIB surestimés. Grâce aux nouvelles informations disponibles et aux corrections apportées ultérieurement, on a obtenu des chiffres plus bas qu'auparavant.

Les ressources extérieures qui figurent dans les tableaux de l'annexe sont traitées différemment des ressources correspondant au secteur « *Reste du monde* » selon le système des comptes de la santé de l'OCDE. Selon le système de l'OCDE, les fonds du *Reste du monde* sont classés sous les sources de financement (comme les agents de financement dans les catégories des comptes nationaux de la santé) et ne comportent que les subventions qui passent par le canal de l'administration publique. Dans ces tableaux, les dépenses de santé des institutions paraétatiques sont considérées comme des dépenses publiques alors que, dans d'autres statistiques, elles relèvent du domaine privé.

Dans certains cas, les dépenses classées sous la rubrique finances publiques se limitent à celles du ministère de la santé et n'incluent pas l'ensemble des dépenses de santé, indépendamment de l'entité d'exécution. En pareil cas, on a eu recours, dans la mesure du possible, à d'autres statistiques pour compléter cette source. Les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, les chiffres des dépenses totales au titre de la santé peuvent quelquefois être sous-estimés, lorsqu'il n'a pas été possible d'obtenir des données concernant les administrations locales, les organisations non gouvernementales, les autres ministères et les dépenses au titre des assurances.

Les *Statistiques financières internationales* du FMI indiquent les chiffres des dépenses des administrations centrales qui sont sensiblement égales aux dépenses publiques générales (DPG) dans de nombreux pays en développement où il n'existe pas de système autonome d'imposition locale. Dans la mesure du possible, on a complété les chiffres des dépenses des administrations centrales en leur ajoutant les données relatives aux administrations locales et municipales ainsi que certaines prestations de sécurité sociale au titre de la santé. Pour vérifier les dépenses publiques générales, on a consulté plusieurs audits des finances publiques, budgets exécutés, plans budgétaires, annuaires statistiques, sites Internet, rapports de la Banque mondiale et des banques régionales de développement, ou encore études théoriques.

Ces statistiques ne donnent pas toujours des séries chronologiques continues pour tous les pays, ce qui conduit à examiner de plus près les publications nationales correspondantes de manière à trianguler et à compléter les données. Par ailleurs, les séries chronologiques précédentes sont actualisées lorsque les révisions portant sur les critères de référence ou des changements de méthodologie pour évaluer des postes particuliers, notamment les dépenses directes, sont entreprises en vue d'une reconstitution exhaustive des comptes de la santé. Des changements dans les ratios sont à prévoir lorsque les estimations du PIB sont effectuées d'après le *Système de comptabilité nationale SNA93* actuel plutôt que d'après la version de 1968 (SNA68).

On a procédé à plusieurs contrôles de qualité pour apprécier la validité des données. Les données sont triangulées avec d'autres données d'origine différente et avec les macrodonnées fournies par le pays afin d'obtenir les meilleures estimations possibles. Par exemple, l'ensemble des données relatives aux dépenses publiques de santé ont été comparées aux dépenses publiques générales, et les dépenses directes ont été comparées aux dépenses totales ou aux dépenses de consommation privées des ménages. Par ailleurs, les dépenses estimatives pour la santé ont été comparées aux données sur les dépenses d'hospitalisation, aux dépenses pharmaceutiques et à d'autres informations (y compris les coûts d'administration des programmes) pour s'assurer que les dépenses dont les détails ont été rassemblés constituaient l'essentiel des dépenses de santé publiques et privées. Eu égard à la description d'un système, les estimations obtenues sont donc jugées plausibles.

TABLEAU 3 DE L'ANNEXE

Le Tableau 3 de l'annexe (qui correspond au Tableau 6 de l'annexe du rapport précédent) présente, par habitant, les dépenses de santé totales et les dépenses publiques générales de santé. La méthodologie et les sources utilisées pour déterminer le total des dépenses de santé et les dépenses publiques générales de santé sont passées en revue dans les notes relatives au Tableau 2 de l'annexe. Les ratios par habitant sont obtenus en divisant les chiffres des dépenses par l'effectif de la population. Ces chiffres par habitant sont exprimés en dollar US au taux de change annuel moyen (nombre annuel moyen ou nombre en fin d'année d'unités contre lequel une monnaie s'échange dans le système bancaire), ou en dollars internationaux obtenus en divisant les valeurs par habitant exprimées en unité de la monnaie locale par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat vis-à-vis du dollar US, c'est-à-dire un taux ou une mesure qui gomme les effets des différences de coût de la vie entre les pays.

Eco-Santé OCDE est la principale source des estimations concernant l'effectif de la population des 30 pays Membres de l'OCDE ainsi que les autres dépenses de santé et variables socio-économiques. Toutes les estimations portant sur l'effectif et la structure des populations des pays autres que ceux de l'OCDE sont basées sur des évaluations démographiques établies par la Division de la Population de l'ONU (1). Les estimations concernent la population effective et non la population légale de chacun des Etats Membres.

Les taux de change ont été pour la plupart tirés des *Statistiques financières internationales* du FMI. En ce qui concerne les autres pays, on a utilisé des données commu-

niquées par l'ONU, la Banque mondiale et la Banque asiatique de Développement. Ce sont les taux de change officiels qui ont été appliqués la plupart du temps, mais on a également utilisé quelquefois les taux de change du marché. Par ailleurs, il est arrivé que la modification complète du taux de change d'une devise au cours d'une année particulière conduise à la révision de toute la série de données.

Pour les pays Membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour le calcul des dollars internationaux. En ce qui concerne les pays d'Europe et d'Asie centrale Membres de la CEE-ONU mais non Membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de la CEE-ONU. Pour les pays non européens et non Membres de l'OCDE, l'OMS a procédé à une estimation en dollars internationaux en utilisant des méthodes analogues à celles de la Banque mondiale.

TABLEAU 4 DE L'ANNEXE

Les ressources humaines pour la santé sont définies comme l'effectif de tous les individus qui sont engagés dans la promotion, la protection et l'amélioration de la santé de la population (19). Toutefois, aux fins du présent rapport, nous ne nous intéressons qu'aux activités rémunérées et divisons le personnel sanitaire en deux principales catégories : les « prestataires de services de santé » et le « personnel sanitaire administratif et d'appui » (voir chapitre 1).

Les indicateurs nécessaires à la description des caractéristiques du personnel sanitaire et au suivi de son évolution au cours du temps sont souvent tirés d'une multitude de sources et couvrent de nombreux domaines (par exemple la profession, le niveau de formation et le secteur d'activité). Les données utilisées dans le Tableau 4 de l'annexe proviennent de quatre sources principales : les enquêtes auprès d'entreprises et de divers établissements, les enquêtes sur les ménages et la main-d'œuvre, le recensement de la population et des logements, ainsi que les registres professionnels et administratifs. Compte tenu de la diversité de ces sources, il est nécessaire d'harmoniser les données pour disposer d'estimations comparables concernant le personnel sanitaire de chaque Etat Membre. Pour cela, on s'est appuyé sur divers systèmes normalisés de classification, principalement la Classification internationale type des professions (CITP), mais également la Classification internationale type de l'éducation (CITE) ainsi que la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI).

L'harmonisation des données présente un certain nombre de difficultés dues à la diversité des définitions et des systèmes de classification, qui n'ont pas pu être surmontées en utilisant la CITP. Par exemple, un grand nombre de ministères de la santé ont leur propre système national de classification qui leur permet de prendre en compte certains types d'agents particuliers à leur pays. Les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles ne sont pas pris en considération par le système de la Classification internationale type des professions, alors même que ces personnels représentent parfois jusqu'à un tiers des effectifs sanitaires et constituent un élément important de l'infrastructure de distribution des services sanitaires. C'est pourquoi, aux fins du présent rapport, nous avons considéré les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles comme un groupe à part, la plupart des autres catégories de personnel présentes dans les pays étant répertoriées dans la classification CITP commune.

Les catégories professionnelles suivantes sont utilisées dans le Tableau 4 de l'annexe :

- Médecins – y compris les généralistes et les spécialistes.
- Personnels infirmiers – y compris les personnels infirmiers qualifiés (sages-femmes comprises), les infirmières auxiliaires et les infirmières à formation courte, ainsi que les autres personnels infirmiers tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins de santé primaires.

- Sages-femmes – y compris les sages-femmes auxiliaires et les sages-femmes à formation courte. Cette catégorie n'inclut pas les accoucheuses traditionnelles, qui sont considérées comme des agents de santé communautaires. Malgré les nombreux efforts qui ont été faits en matière de classification, il convient d'utiliser les informations relatives aux infirmières et aux sages-femmes avec prudence, car les données disponibles pour certains pays ne font pas de distinction nette entre ces deux groupes.
- Dentistes – y compris les dentistes, les assistants et les techniciens dentaires.
- Pharmaciens – y compris les pharmaciens, les pharmaciens assistants, les préparateurs en pharmacie et les techniciens divers.
- Personnel de laboratoire – y compris les scientifiques, les assistants, les techniciens de laboratoire et les techniciens en radiologie.
- Professionnels de l'environnement et de la santé publique – y compris les fonctionnaires des services de l'environnement et de la santé publique, les spécialistes de l'assainissement, les hygiénistes, les techniciens de l'environnement et de la santé publique, les fonctionnaires sanitaires de district, les techniciens du paludisme, les inspecteurs des viandes, le personnel cadre de la santé publique et les professions assimilées.
- Agents de santé communautaires – y compris les tradipraticiens, les guérisseurs religieux, les agents d'éducation pour la santé assistants ou communautaires, les fonctionnaires de la santé communautaire, les agents de santé familiale, les visiteuses médicales (« lady health visitors »), les agents de vulgarisation sanitaire, les sages-femmes communautaires et les accoucheuses traditionnelles.
- Autres agents sanitaires – y compris un grand nombre de professions telles que les cliniciens, les diététiciens et les nutritionnistes, les assistants médicaux, les ergothérapeutes, les opérateurs de matériel médical et dentaire, les optométristes et les opticiens, les physiothérapeutes, les podologues, les ingénieurs prothésistes et orthésistes, les psychologues, les inhalothérapeutes, les thérapeutes respiratoires, les orthophonistes, les stagiaires et les internes.
- Personnel sanitaire administratif et d'appui – y compris les administrateurs et gestionnaires, les statisticiens, les enseignants, les juristes, les comptables, les secrétaires médicales, les jardiniers, les informaticiens, les ambulanciers, les nettoyeurs et les buandiers, les ingénieurs et les techniciens du bâtiment, le personnel administratif qualifié et le personnel général d'appui.

Indépendamment des problèmes relevant de l'harmonisation des différentes catégories de personnel sanitaire s'est posé également celui de la triangulation des données émanant de diverses sources. D'une façon générale, lorsqu'on disposait de données issues de plus d'une source, on a considéré que le recensement constituait la référence de choix dans la mesure où il fournit des renseignements à la fois sur les « prestataires de services de santé » et sur le « personnel sanitaire administratif et d'appui ». Toutefois, il n'y avait guère de recensements récents utilisant des codes CITP suffisamment détaillés qui soient à la fois disponibles et accessibles. En ce qui concerne les données actuelles, il y a au total 12 pays qui entrent dans cette catégorie : Australie, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Honduras, Mexique, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Panama, Paraguay, Thaïlande et Turkménistan. En outre, pour trois autres, à savoir l'Estonie, les Etats-Unis et le Royaume-Uni, les données indiquées au Tableau 4 de l'annexe sont tirées d'enquêtes représentatives sur la main-d'œuvre ou les ménages : rassemblées dans le cadre de l'étude sur les revenus (ou l'emploi) effectuée au Luxembourg (<http://www.lisproject.org/>). Ces enquêtes sont aussi détaillées que les recensements en ce qui concerne les catégories professionnelles indiquées et elles reposent également sur le système de classification de la CITP (dans le cas de l'Estonie) ; lorsque cela n'était pas le cas, nous nous sommes arrangés pour les faire coïncider avec les codes CITP correspondants (comme dans le cas des enquêtes concernant les Etats-Unis et le Royaume-Uni).

Pour l'ensemble des pays de la Région africaine ainsi que pour un grand nombre de pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, les données qui figurent au Tableau 4 de l'annexe ont été obtenues grâce à une enquête spéciale élaborée par l'OMS et mise en œuvre par ses bureaux régionaux et ses bureaux dans les pays. Dans la mesure du possible, on s'est efforcé, dans cette enquête, d'obtenir des informations à la fois sur les « prestataires de services de santé » et le « personnel sanitaire administratif et d'appui » et d'utiliser le système CITP, tout en conservant parfois certaines classifications propres aux pays, pour un certain nombre de professions (23). On trouvera ci-après la liste des pays dans lesquels cette enquête a été effectuée.

Afrique du Sud, Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Inde, Indonésie, Iraq, Jordanie, Kenya, Lesotho, Liban, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Niger, Nigéria, Oman, Ouganda, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire de Corée, République islamique d'Iran, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Sri Lanka, Swaziland, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tunisie, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

Dans le cas des pays suivants, les données proviennent de sources diverses, à savoir les dossiers des ministères de la santé, des listes établies par les commissions de la fonction publique et autres sources administratives :

Argentine, Belize, Brunéi, Cambodge, Chili, Chine, Colombie, Cuba, Equateur, El Salvador, Fidji, Finlande, Iles Cook, Jamaïque, Malaisie, Nicaragua, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République dominicaine, Tonga, Tuvalu, Uruguay, Venezuela, Viet Nam.

En ce qui concerne les autres pays, les données nécessaires sont tirées d'*Eco-Santé OCDE*, de la *Base de données européennes de la santé pour tous* (<http://data.euro.who.int/hfadb/index.php>) ou de la version précédente de la *Global database on the health workforce* de l'OMS. Ces données sont les moins détaillées de toutes, elles ne contiennent d'informations que sur quatre à cinq professions et sont presque toujours muettes au sujet du personnel sanitaire administratif et d'appui.

Les pays pour lesquels les données ont été tirées de ces sources sont les suivants :

Afghanistan, Allemagne, Albanie, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Barbade, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Canada, Chypre, Croatie, Danemark, Dominique, Emirats arabes unis, Espagne, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, France, Géorgie, Grèce, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Hongrie, Iles Marshall, Iles Salomon, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Kiribati, Kirghizistan, Koweït, Lettonie, Libye, Lituanie, Luxembourg, Malte, Micronésie (Etats fédérés de), Moldova, Monaco, Nauru, Nioué, Norvège, Ouzbékistan, Palaos, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République de Corée, République démocratique populaire lao, République tchèque, Roumanie, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Somalie, Suriname, Suède, Suisse, Tadjikistan, Trinité-et-Tobago, Turquie, Ukraine, Vanuatu.

On a fait figurer dans le tableau les meilleurs chiffres dont disposait l'OMS en janvier 2006 pour l'ensemble des 192 Etats Membres. Toutes les mises à jour ultérieures pourront être consultées sur le site Internet du *Global atlas for the health workforce* de l'OMS (www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp)

REFERENCES

1. Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies. *World population prospects – the 2004 revision*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 2005.
2. *WHO mortality database*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
3. Child Mortality Coordination Group. Tracking progress towards the Millennium Development Goals: reaching consensus on child mortality levels and trends [Suivi des progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : vers un consensus à propos des chiffres et des tendances concernant la mortalité juvénile]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:225-232 (résumé en français).
4. Murray C.J.L., Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray C.J.L. et al. *Mortalité mondiale en 2000 : tables de mortalité pour 191 pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data [Recensement des décès et des causes de décès : une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177 (résumé en français).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, N. Y. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54).
9. OMS/Banque mondiale/Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique. *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/nha/docs/French%20PG-Final.pdf>, consulté le 20 février 2006).
10. *Systèmes des comptes pour la santé*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2000 (<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8100062e.pdf>, consulté le 20 février 2006).
11. Organisation de Coopération et de Développement économiques/Fond monétaire international/Banque mondiale/Organisation des Nations Unies/Eurostat. *Système de comptabilité nationale 1993*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 1994.
12. *Government finance statistics yearbook, 2004*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2004.
13. *International financial statistics yearbook, 2005*. Washington, D. C., Fond monétaire international, 2005.
14. *International Financial Statistics*, novembre 2005.
15. *ADB Key indicators 2003*. Manille, Banque asiatique de Développement, 2004.
16. *Eco-santé OCDE 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2004.
17. *Statistiques sur le développement international Edition 2004*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, Comité d'aide au développement, 2004.
18. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. New York, N. Y., Organisation des Nations Unies, 2004.
19. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
20. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3.
21. Gupta N, Zurn P, Diallo K, Dal Poz MR. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2:11.
22. Hoffmann E, Dal Poz MR, Diallo K, Zurn P, Wiskow C. *Defining the scope of human resources in health, as basis for requesting national statistics*. Genève, Organisation internationale du Travail, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (note technique non publiée ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).
23. Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (document de base pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* ; disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).