

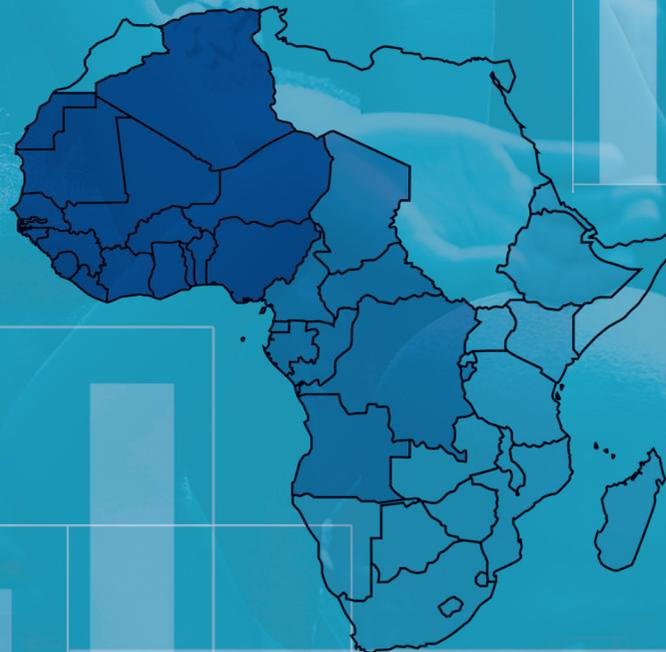


Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L' Afrique

Analyse de la situation sanitaire dans la Région africaine

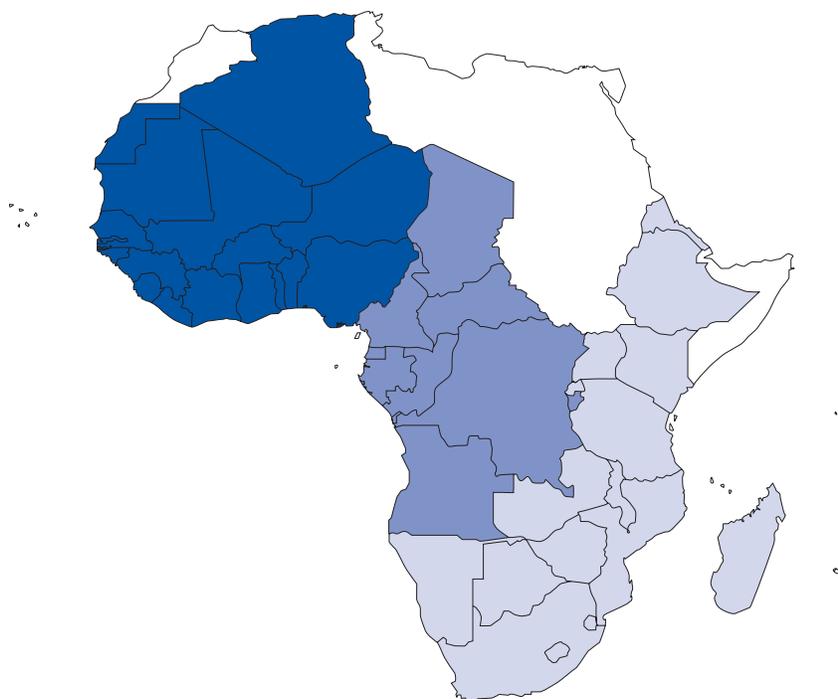
Atlas des Statistiques Sanitaires 2011





Analyse de la situation sanitaire dans la Région africaine

Atlas des Statistiques Sanitaires 2011



Catalogue Bibliothèque AFRO

Situation Sanitaire dans la Région africaine: Atlas des Statistiques sanitaires

1. Systèmes de Santé
2. Systèmes d'information sanitaire
3. Politique de Santé
4. Couverture des soins de santé et accessibilité
5. Afrique

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2011

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection des droits d'auteurs conformément aux dispositions du protocole n° 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Tous droits réservés. Des exemplaires de cette publication peuvent être obtenus auprès de l'Unité de Traduction, Interprétation et Impression, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, BP 6, Brazzaville, République du Congo (Tel: +47 241 39100, Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Les autorisations en vue de la reproduction ou de la traduction de la présente publication – à des fins commerciales ou pour une distribution gratuite - peuvent être obtenues à la même adresse.

Les dénominations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication ne sont nullement l'expression d'une quelconque opinion de l'Organisation mondiale de la Santé sur le statut juridique d'un pays, territoire, cité ou de ses dirigeants, ni sur la délimitation de ses frontières ou de sa signe de démarcation. Les pointillés sur les cartes représentent le tracé approximatif des frontières sur lesquelles l'entente n'est pas totale.

La mention des produits de certaines sociétés ou de manufactures spécifiques ne signifie nullement que ceux-ci soient appuyés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres produits similaires qui n'y sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, les noms des produits brevetés commencent par une majuscule.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions possibles pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Néanmoins, la matière imprimée ici est distribuée sans une quelconque garantie, explicite ou implicite. Le lecteur est responsable de l'interprétation et de l'usage du contenu de ladite matière. L'Organisation mondiale de la Santé ne peut en aucun cas être tenue pour responsable du préjudice causé par un tel usage.

De plus amples informations sur cette publication peuvent être obtenues auprès de:

Observatoire de la Santé en Afrique (www.aho.afro.who.int)
Unité de l'Observatoire de la Santé en Afrique et de la Gestion de la connaissance
Bureau de la Sous-Directrice régional (ARD)
OMS – Bureau régional pour l'Afrique
Brazzaville / République du Congo

TABLE DES MATIÈRES

Liste des Figures	v
Message du Directeur Régional	ix
Résumé du profil de la Région africaine	x
Résumé du progrès des OMD liés à la santé dans la Région africaine	xi
Introduction	xii
1 Etat de santé	1
Espérance de vie	1
Mortalité	4
Charge de morbidité	10
2 Le système de santé	14
Financement de la santé	14
Personnel de santé	22
Produits médicaux et équipement	25
Information sanitaire - Couverture par l'enregistrement des faits d'état civil	27
3 Programmes spécifiques et Services	29
VIH/SIDA	29
Tuberculose	33
Paludisme	36
Maladies évitables par la vaccination	38
Santé de l'enfant et de l'adolescent	41
Santé de la mère et du nouveau-né	42
Santé familiale et génésique	46
Maladies tropicales négligées	47
Maladies non transmissibles	48
Facteurs de Risque pour la santé	49
Alimentation et nutrition	51

Table des matières

4 Déterminants clés de la santé	53
Démographie	53
Ressources et infrastructure	56
Pauvreté et inégalité de revenu	58
Equité du genre	60
Education	61
Environnement	62
Partenariats mondiaux et flux financiers	67
Science et Technologie	69
Urgences et désastres	71
5 Progrès sur les OMDs liés à la santé	72
OMD-4 (Santé de l'enfant)	72
OMD-5 (Santé de la mère)	74
OMD-6 (SIDA, Paludisme et Tuberculose)	77
OMD-1 (Enfants malnourris)	82
OMD-7 (Eau et assainissement)	83
OMD-8 (Problèmes de la dette)	84
6 Notes explicatives	85

Liste des Figures

Figure A: La Région africaine de l'OMS	xii	Figure 20: Taux de mortalité standardisé due aux maladies transmissibles selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004	9
Figure B: Taille de la population (en milliers), pays de la Région africaine, 2008	xiii	Figure 21: Taux de mortalité standardisé due aux maladies non-transmissibles, selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004	9
Figure 1: Espérance de vie à la naissance en années, Région africaine, 2008	1	Figure 22: Taux de mortalité standardisé due aux traumatismes selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004	9
Figure 2: Espérance de vie à la naissance en années, Régions de l'OMS, 2008 et 1990	1	Figure 23: Charge de morbidité totale en AVCIs pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2004	10
Figure 3: Espérance de vie à la naissance en années, Régions de l'OMS, par sexe, 2008	1	Figure 24: Principales causes de la charge de morbidité en pourcentage des AVCIs totales dans la Région africaine, 2004	10
Figure 4: Espérance de vie à la naissance en années dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990	2	Figure 25: Distribution de la charge de morbidité en pourcentage des AVCIs totales par groupe dans la Région africaine, 2004	11
Figure 5: Espérance de vie à la naissance en année dans la Région africaine, par pays et sexe, 2008	2	Figure 26: Distribution de la charge de morbidité en pourcentage des AVCIs totales par groupe de causes dans la Région africaine, 2004	11
Figure 6: Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années, Régions de l'OMS, par sexe, 2007	3	Figure 27: Distribution de la charge de morbidité comme pourcentage des AVCIs totales par groupe de causes, par pays, dans la Région africaine, 2004	12
Figure 7: Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années, dans la Région africaine, par pays et par sexe, 2007	3	Figure 28: Distribution des années de vie perdues par groupe de causes, par pays, dans la Région africaine, 2004	13
Figure 8: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2008	4	Figure 29: Distribution des années de vie perdues par groupe de causes, par pays, dans la Région africaine, 2004	13
Figure 9: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	4	Figure 30: Dépenses publiques de santé par habitant (PPA int. \$) dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	14
Figure 10: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, par sexe, 2008	4	Figure 31: Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	14
Figure 11: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990	5	Figure 32: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	15
Figure 12: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans la Région africaine, par pays et sexe, 2008	5	Figure 33: Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	15
Figure 13: Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1.000 naissances vivantes, dans la Région africaine, 2009	6	Figure 34: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, 2007	16
Figure 14: Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1.000 naissances vivantes, dans les Régions de l'OMS, pour les deux sexes, 2009 et 1990	6	Figure 35: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé, 2007	16
Figure 15: Taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes dans les Régions de l'OMS, 2009 et 1990	6	Figure 36: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	17
Figure 16: Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2009 et 1990	7	Figure 37: Ressources en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	17
Figure 17: Taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2009 et 1990	7	Figure 38: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	18
Figure 18: Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes dans les Régions de l'OMS, 2009 et 1990	8		
Figure 19: Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990	8		

Liste des figures

	Figure 39: Ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	
	Figure 40: Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	
	Figure 41: Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	
	Figure 42: Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	
	Figure 43: Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	
	Figure 44: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	
	Figure 45: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	
	Figure 46: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, 2000-2009	
	Figure 47: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2000-2009	
	Figure 48: Ratio personnel infirmier et sage-femme - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, 2000-2009	
	Figure 49: Ratio personnel infirmier et sage-femme - population (pour 10.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2000-2009	
	Figure 50: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, par pays, 2000-2009	
	Figure 51: Ratio personnel infirmier et sage-femme - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, par pays, 2000-2009	
	Figure 52: Pourcentage de la disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans un échantillon de structures de santé dans la Région africaine, pays ayant des données en 2001-2008	
	Figure 53: Prix médian à la consommation de certains médicaments génériques (rapport entre le prix local unitaire moyen et le prix de référence dans la gestion des sciences pour la santé internationale), pays disposant de données, de 2001 à 2008	
	Figure 54: Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2000-2009	
	Figure 55: Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants dans la Région africaine, par pays, 2000-2009	
	Figure 56: Pourcentage de la couverture des enregistrements des faits d'état civil (naissances) dans la Région africaine, par pays, 2000-2008	
	Figure 57: Pourcentage de la couverture des enregistrements des faits d'état civil (décès) dans la Région africaine, par pays, 2000-2008	
	Figure 58: Niveau institutionnel des politiques de Recherche	
	Figure 59: Rôle des Ministères de la Santé et autres Organes de mise en place et d'exécution des politiques centrales dans la Région africaine, comme pourcentage, 2007	
18	Figure 60: Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) dans la Région africaine, 2007	29
18	Figure 61: Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2007	29
19	Figure 62: Prévalence du VIH (pour 100.000 habitants) chez les adultes de 15 ans et plus, Régions de l'OMS, 2007	30
19	Figure 63: Pourcentage de la couverture par la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA nécessitant un traitement, Régions de l'OMS, 2007	30
20	Figure 64: Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2001	31
20	Figure 65: Pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral dans la Région africaine, par pays, 2009 et 2007	31
21	Figure 66: Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, Région africaine, 2002-2006	32
21	Figure 67: Proportion d'hommes et de femmes âgés de 15 et 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA	32
22	Figure 68: Taux de mortalité de la Tuberculose pour 100.000 habitants par année dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	33
22	Figure 69: Taux d'incidence de la Tuberculose pour 100.000 habitants par année dans la Région africaine, par pays, 2008 et 2000	33
23	Figure 70: Prévalence de la Tuberculose pour 100.000 par année dans la Région africaine, par pays, 2008 et 2000	34
23	Figure 71: Pourcentage du taux de détection de la Tuberculose sous stratégie DOTS dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000	34
24	Figure 72: Pourcentage du taux de détection de la Tuberculose sous stratégie DOTS dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000	35
24	Figure 73: Cas de paludisme notifiés, en milliers, dans la Région africaine, par pays, 2008	36
25	Figure 74: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la Région africaine, 2005-2009 and 2000-2004	36
25	Figure 75: Taux de mortalité par paludisme pour 100.000 habitants dans la Région africaine, 2008	37
25	Figure 76: Proportion d'enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque dans la Région africaine, par pays, 2005-2009 and 2000-2004	37
26	Figure 77: Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	38
27	Figure 78: Pourcentage de la couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	38
27	Figure 79: Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990	39
28	Figure 80: Pourcentage de la couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	39
28	Figure 81: Couverture vaccinale de HepB3 chez les enfants âgés d'un an dans les Régions de l'OMS, 2008	40

Figure 82: Couverture vaccinale de HepB3 chez les enfants âgés d'un an dans les pays de la Région africaine, 2008	40	Figure 105: Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par personne et par an) dans les Régions de l'OMS, 2005	50
Figure 83: Répartition des causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2008	41	Figure 106: Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par personne et par an) dans les pays de la Région africaine, 2005	50
Figure 84: Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein dans les six premiers mois de vie dans les Régions de l'OMS, 2000-2009	41	Figure 107: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999	51
Figure 85: Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein dans les six premiers mois de vie dans la Région africaine, par pays, 2000-2009	41	Figure 108: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999	52
Figure 86: Pourcentage de petit poids à la naissance dans les Régions de l'OMS, 2000-2008	42	Figure 109: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un excès pondéral dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999	52
Figure 87: Pourcentage de petit poids à la naissance dans les pays de la Région africaine, 2000-2008	42	Figure 110: Distribution d'âge de la population dans les Régions de l'OMS, 2008	53
Figure 88: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans les Régions de l'OMS, 2000-2008 et 1990-1999	43	Figure 111: Distribution de l'âge de la population dans les pays de la Région africaine, 2008	54
Figure 89: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans la Région africaine, 2000-2008	43	Figure 112: Indice synthétique de fécondité (par femme) dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	54
Figure 90: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans les pays de la Région africaine, 2000-2008 et 1990-1999	43	Figure 113: Taux de croissance démographique annuel (en pourcentage) dans les Régions de l'OMS, 1998-2008 et 1988-1998	55
Figure 91: Pourcentage de naissances par césarienne dans les Régions de l'OMS, 2000-2008	44	Figure 114: Taux de croissance démographique annuel (en pourcentage) dans les pays de la Région africaine, 1998-2008 et 1988-1998	55
Figure 92: Pourcentage de naissances par césarienne dans les pays de la Région africaine, 2000-2008	44	Figure 115: Revenu national brut par habitant (PPA \$ int.) dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	56
Figure 93: Pourcentage de la couverture par les soins anténatals, au moins une visite, dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999	45	Figure 116: Revenu national brut par habitant (PPA \$ int.) dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	56
Figure 94: Pourcentage de la couverture par les soins anténatals, au moins quatre visites, dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999	45	Figure 117: Taux d'électrification des pays de la Région africaine, 2000-2005	57
Figure 95: Prévalence de la contraception (quelle que soit la méthode) chez les femmes mariées de 15-49 ans dans les pays de la Région africaine, 2000-2008 et 1990-1999	46	Figure 118: Routes dallées en pourcentage de toutes les routes dans les pays de la Région africaine, 2000-2007	57
Figure 96: Taux de fécondité des adolescentes (pour 1.000 adolescentes de 15 à 19 ans) dans la Région africaine, 2000-2007	46	Figure 119: Pourcentage de la population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ int) par jour (c'est à dire dans la pauvreté absolue) dans les Régions de l'OMS, 2000-2007	58
Figure 97: Indice synthétique de fécondité (par femme) dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	46	Figure 120: Pourcentage de la population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ int) par jour (c'est à dire dans la pauvreté absolue) dans les pays de la Région africaine, 2000-2007	58
Figure 98: Nombre de cas déclarés de lèpre dans les Régions de l'OMS, 2008	47	Figure 121: Part des revenus dans les groupes de population les plus pauvres et les plus riches dans les pays de la Région africaine, 1989-2005	59
Figure 99: Nombre de cas déclarés de lèpre dans les pays de la Région africaine, 2008	47	Figure 122: Ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire, dans les pays de la Région africaine, 2005	60
Figure 100: Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies non transmissibles (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004	48	Figure 123: Pourcentage de sièges occupés par les femmes dans les parlements nationaux dans les pays de la Région africaine, 2009 and 2001	60
Figure 101: Distribution des causes de traumatismes intentionnels et non-intentionnels (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004	48	Figure 124: Taux d'alphabétisation des adultes (% âgés de 15 ans et plus) dans les pays de la Région africaine, homme et femme, 1995-2005	61
Figure 102: Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies neuropsychiatriques (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004	48	Figure 125: Pourcentage de la population âgée de 15-24 ans sachant lire et écrire (taux d'alphabétisation des jeunes) dans les pays de la Région africaine, 2000-2007 et 1990-1999)	61
Figure 103: Pourcentage de l'usage actuel du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus dans les Régions de l'OMS, par sexe, 2006	49	Figure 126: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable dans la Région africaine, 2008	62
Figure 104: Pourcentage de l'usage actuel du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus dans les pays de la Région africaine, par sexe, 2006	49		

Liste des figures

Figure 127: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	62	Figure 149: Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) dans les Régions de l'OMS, les deux sexes, 2008 et cible OMD 2015.	72
Figure 128: Pourcentage des populations urbaine et rurale utilisant des sources améliorées d'eau potable dans les Régions de l'OMS, 2008	62	Figure 150: Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes), 2009 et de la cible OMD dans les pays de la Région africaine	73
Figure 129: Pourcentage de la population utilisant une source améliorée d'eau potable dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	63	Figure 151: Tendances des ratios de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008	74
Figure 130: Pourcentage des populations urbaine et rurale ayant accès à une source améliorée d'eau potable dans les pays de la Région africaine, 2008	63	Figure 152: Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008	74
Figure 131: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans la Région africaine, 2008	64	Figure 153: Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) en 2008 et de la cible OMD dans les pays de la Région africaine	75
Figure 132: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990	64	Figure 154: Pourcentage des besoins insatisfaits en matière de planification familiale dans les pays de la Région africaine, 2000-2007 et 1990-1999	76
Figure 133: Pourcentage de la population (urbaine et rurale) utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les Régions de l'OMS, 2008	64	Figure 155: Pourcentage de femmes enceintes séropositives âgées de 15 à 24 ans dans 13 pays de la Région africaine disposant de données, 2004-2007 et 2000-2003	77
Figure 134: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	65	Figure 156: Pourcentage de la population ayant besoin de traitement qui a accès aux médicaments antirétroviraux en 2009 et 2007 dans les pays de la Région africaine	78
Figure 135: Pourcentage des populations urbaine et rurale utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les pays de la Région africaine, 2008	65	Figure 157: Pourcentage de la population vivant avec le VIH avancée recevant un traitement antirétroviral en 2007	79
Figure 136: Pourcentage de la population vivant en zones urbaines dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990	66	Figure 158: Pourcentage de femmes enceintes vivant avec l'infection à VIH recevant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008	79
Figure 137: Pourcentage de la population urbaine vivant dans des taudis dans les pays de la Région africaine, 2005 et 1990	66	Figure 159: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les pays de la Région africaine, 2005-2009 et 2000-2004	80
Figure 138: Aide publique au développement (APD) reçue par habitant (en millions de US \$) dans les pays de la Région africaine, 2005	67	Figure 160: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique dans les pays de la Région africaine, 2005-2009 et 2000-2004	80
Figure 139: Aide publique au développement reçue (APD) comme pourcentage du PIB dans les pays de la Région africaine, 2005 et 1990	67	Figure 161: Taux de mortalité par paludisme pour 100.000 habitants, dans les pays de la Région africaine, 2008 et 2006	81
Figure 140: Pourcentage du service total de la dette par rapport au PIB dans les pays de la Région africaine, 1990 et 2005	68	Figure 162: Prévalence de la tuberculose (pour 100.000 habitants) en 2008 et la cible OMD dans la Région africaine	81
Figure 141: Total de la dette extérieure, (en millions de US\$) dans les pays de la Région africaine, 2007	68	Figure 163: Tendances sur le taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008	82
Figure 142: Pourcentage de la population disposant de téléphone dans les pays de la Région africaine, 2005 et 2000	69	Figure 164: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral et de la cible OMD dans les pays de la Région africaine, 2000-2009	82
Figure 143: Pourcentage de la population, abonnés aux téléphones cellulaires ou mobiles dans les pays de la Région africaine, 2006 et 2000	69	Figure 165: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable en 2008, comparé à la cible OMD, dans les pays de la Région africaine	83
Figure 144: Pourcentage de la population, ayant un abonnement téléphonique (fixe & mobile) dans les pays de la Région africaine, 2007	70	Figure 166: Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées en 2008, comparé à la cible OMD, dans les pays de la Région africaine	83
Figure 145: Pourcentage d'utilisateurs d'Internet des la population dans des pays de la Région africaine, 2007	70	Figure 167: Service de la dette totale en pourcentage des exportations de biens, de services et de revenu	84
Figure 146: Nombre total de personnes déplacées internes (en milliers) dans les pays de la Région africaine, 2006	71		
Figure 147: Nombre total de réfugiés (en milliers) dans la Région africaine, par pays d'origine, 2006	71		
Figure 148: Tendances des taux de mortalité des moins de 5 ans dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2009	72		

Message du Directeur Régional



Les données et statistiques de base constituent le noyau d'un système d'information sanitaire. Sans lesquels, il serait impossible d'analyser les bases factuelles et d'en extraire la connaissance orientée vers l'action pour la prise de décision.

Clairement, les données devraient être de la plus haute qualité possible. Elles devraient être opportunes, valides, précises, dérivées et analysées par les méthodes solides, cohérentes, comparables et susceptibles d'être répétées.

Cette publication présente dans des formats numérique et graphique les meilleures données disponibles pour les indicateurs clés de santé dans les 46 pays de la Région africaine de l'OMS. Bien qu'il y ait eu des améliorations considérables dans la collecte et l'analyse de données et les exemples notables de succès, ceci n'est pas le cas avec toutes les données collectées dans la Région. Les pays ont travaillé dur et pendant longtemps et avec des degrés divers de succès, sur le renforcement de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire. Néanmoins, il y a encore des failles dans le système.

Une approche pour renforcer les systèmes d'information sanitaire qui est actuellement en cours est le développement d'un Observatoire de la Santé en Afrique. Son objectif général est de contribuer aux efforts tant au niveau régional et que pays pour réduire l'écart de connaissance et renforcer les systèmes de santé dans la Région africaine en fournissant l'accès facile aux informations de qualité supérieure, les bases factuelles et la connaissance et aussi faciliter leur utilisation pour la politique et la prise de décision. L'Observatoire contrôlera la situation sanitaire et les tendances au niveau régional et fournira une analyse approfondie par thèmes prioritaires pour la réalisation des OMDs et d'autres engagements au niveau global et régional et identifiera des injustices dans la santé et utilisera les bases factuelles dans la formulation de politiques et des programmes de santé publique. L'Observatoire vise à faciliter la génération, le partage et l'application d'informations, la base factuelle et la connaissance. Il servira aussi de point central pour bâtir des réseaux, y compris les communautés de pratique, autour de la collecte et le traitement de données. Des revues et bases factuelles systématiques seront tirées des ressources de l'Observatoire et disséminées aux audiences cibles. Il est essentiel d'améliorer et de promouvoir l'utilisation des bases factuelles pour la politique et l'action. L'Observatoire liera aussi les observatoires nationaux de santé et toutes les activités de collecte de données dans les bureaux OMS/pays, les équipes Inter-pays et le Bureau régional dans un système de soutien bilatéral, comme manière de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire.

Avec la mise à jour des données et la collaboration des pays, les éditions futures de cette publication seront produites comme produit d'information significatif de l'Observatoire.

Tout en remerciant tous les Etats Membre et ceux qui sont en charge de leurs systèmes d'information sanitaire pour leur coopération dans la mise à disposition de données, j'encourage tous les pays à participer activement dans le développement des ressources de données publiées dans leurs propres observatoires nationaux de santé et en collaboration avec l'OMS, de partager ceux-ci à travers l'Observatoire de la Santé en Afrique.

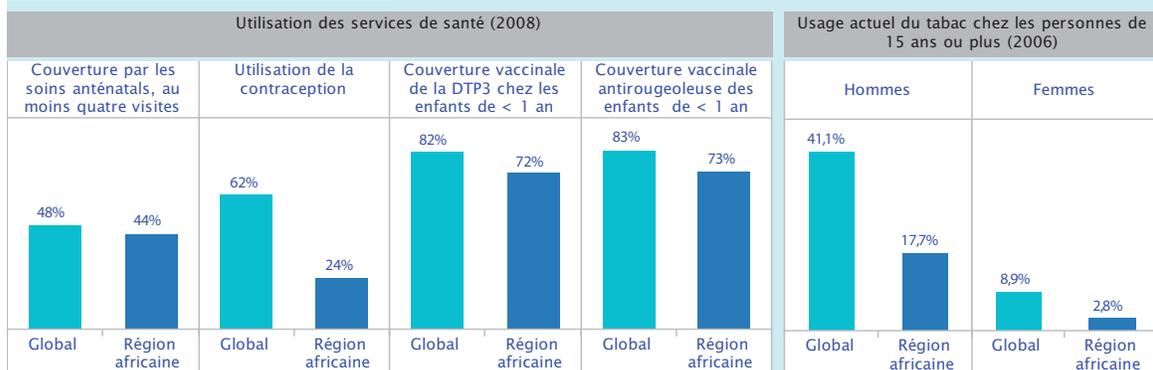
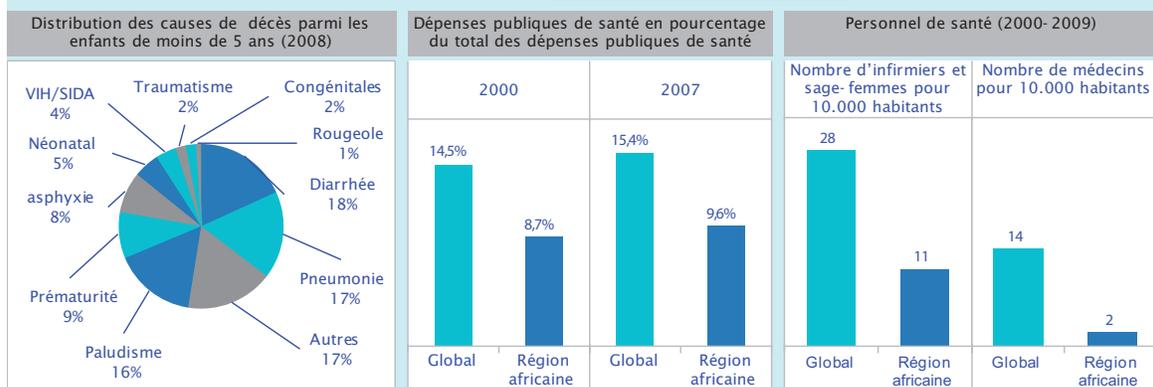
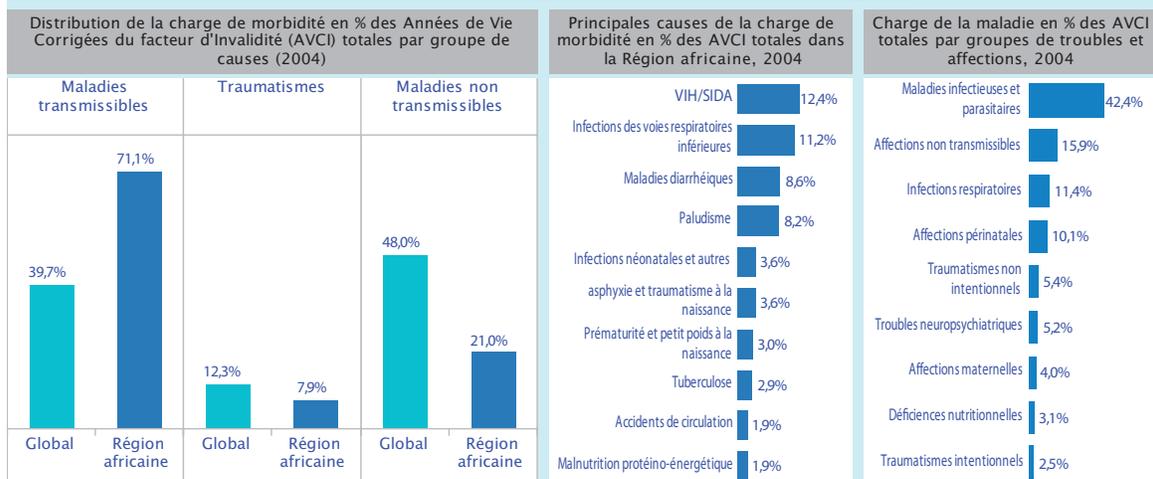
Dr Luis Gomes Sambo
Directeur régional
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Résumé du profil de la Région africaine

		Région africaine	Global
Taille de la population (en milliers)	2008	804.865	6.737.480
Pourcentage de la population vivant en milieu urbain	2008	37	50
	2000	34	47
	1990	29	43
Espérance de vie à la naissance (en années)	2008	53	68
	1990	51	64
Taux de mortalité des adultes (probabilité de mourir entre 15 et 60 ans pour 1.000 personnes)	2008	392	180
	1990	371	210
	2007	137	863
Dépenses publiques de santé par habitant (PPA int. \$)	2000	86	568
	2008	2.279	10.290
Revenu national brut par habitant (PPA int. \$)	2000	1.506	6.940
	1990	1.319	4.862



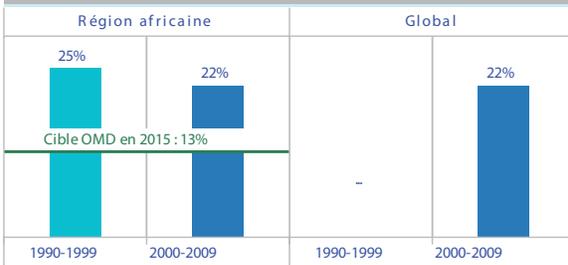
* Sources de données disponibles sur le site de l'observatoire Africain de la santé à partir de www.aho.afro.who.int



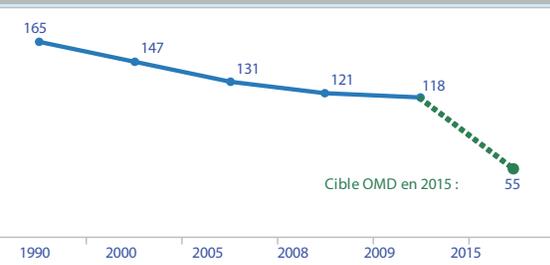
X

Résumé du progrès des OMD liés à la santé dans la Région africaine

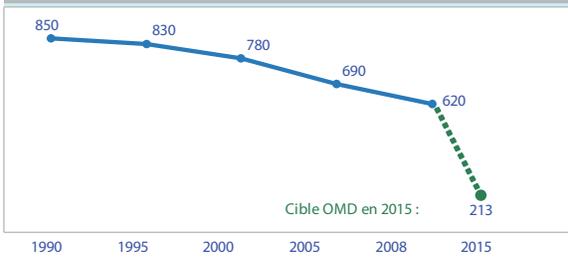
OMD 1 : Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral



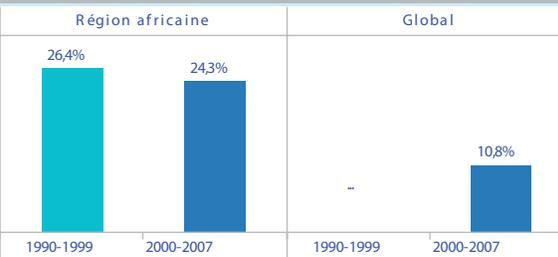
OMD 4 : Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes et cible en 2015



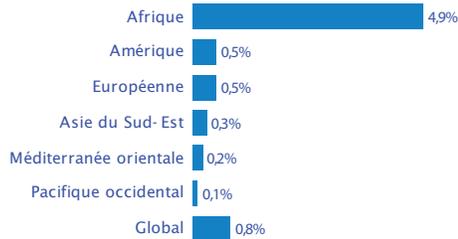
OMD 5 : Ratios de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes et cible en 2015



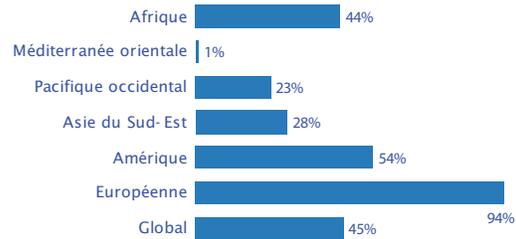
OMD 5 : Pourcentage des besoins insatisfaits en matière de planification familiale



OMD 6 : Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH, par région (2007)



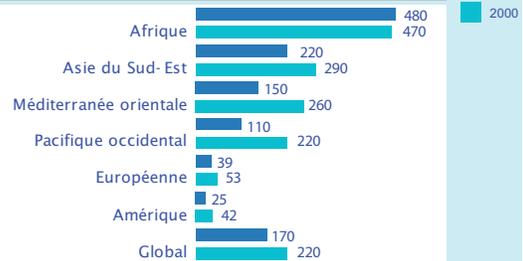
OMD 6 : Pourcentage de la population vivant avec l'infection VIH à un stade avancé et recevant un traitement antirétroviral, par région (2007)



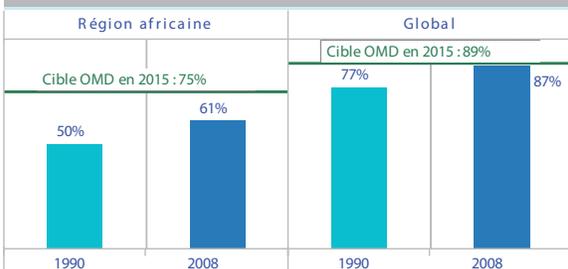
OMD 6 : Taux de mortalité due au paludisme pour 100.000 habitants, par région (2006)



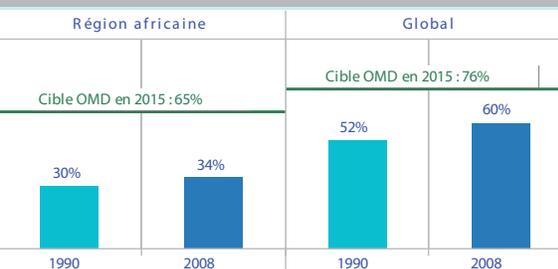
OMD 6 : Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants, par région



OMD 7 : Population utilisant des sources améliorées d'eau potable



OMD 7 : Population utilisant des installations sanitaires améliorées



Introduction

La Région africaine est l'une des six régions dans lesquelles l'Organisation mondiale la Santé (OMS) collabore avec les pays dans le domaine de la santé publique. Avec plus de 730 millions d'habitants dans 46 pays (voir la carte), il représente le septième de la population mondiale.

Cet atlas statistique décrit la situation sanitaire et les tendances dans les pays de la Région africaine, les divers composants de leurs systèmes de santé, les niveaux de couverture et accès pour les programmes spécifiques, les services, les déterminants de santé et les progrès accomplis dans

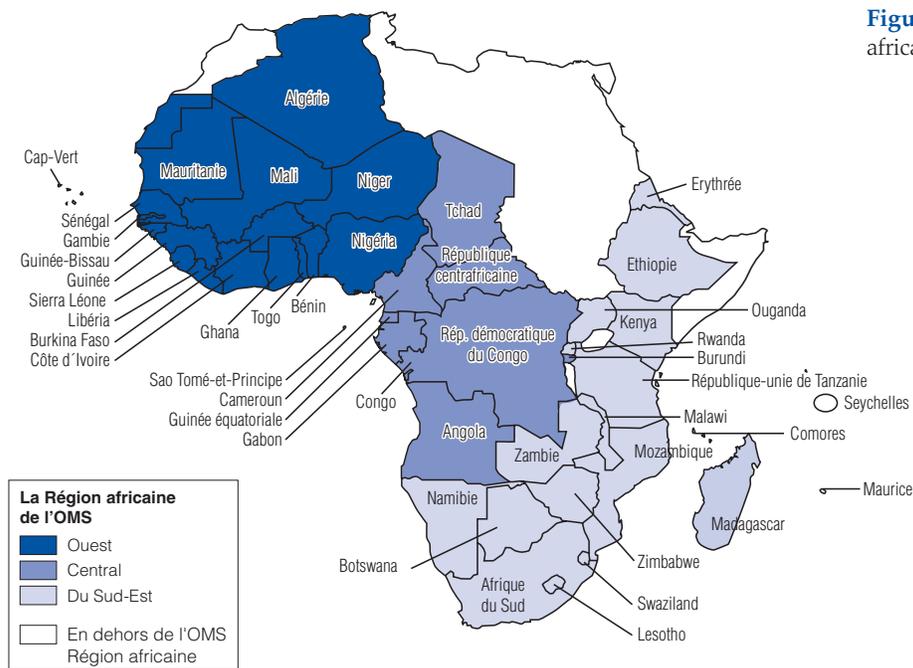


Figure A: La Région africaine de l'OMS

l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs) dans la Région.

Chaque indicateur est décrit dans un histogramme, selon les caractéristiques, de lieu (Régions de l'OMS et les pays de la Région africaine), de personne (âge et sexe) et de temps (divers années). L'objectif est de donner un aperçu général exhaustif de la situation sanitaire dans la Région africaine et ses 46 Etats Membres.

La source principale pour les données est la base de données intégrée de l'OMS-AFRO basée sur le document "Les Statistiques sanitaires mondiale 2010". D'autres bases de données des Agences du Système des Nations Unies ont été utilisées quand cela était nécessaire. Toutes les données et figures utilisées dans cet atlas sont accessibles à travers l'Observatoire de la Santé en Afrique. (www.aho.afro.who.int).

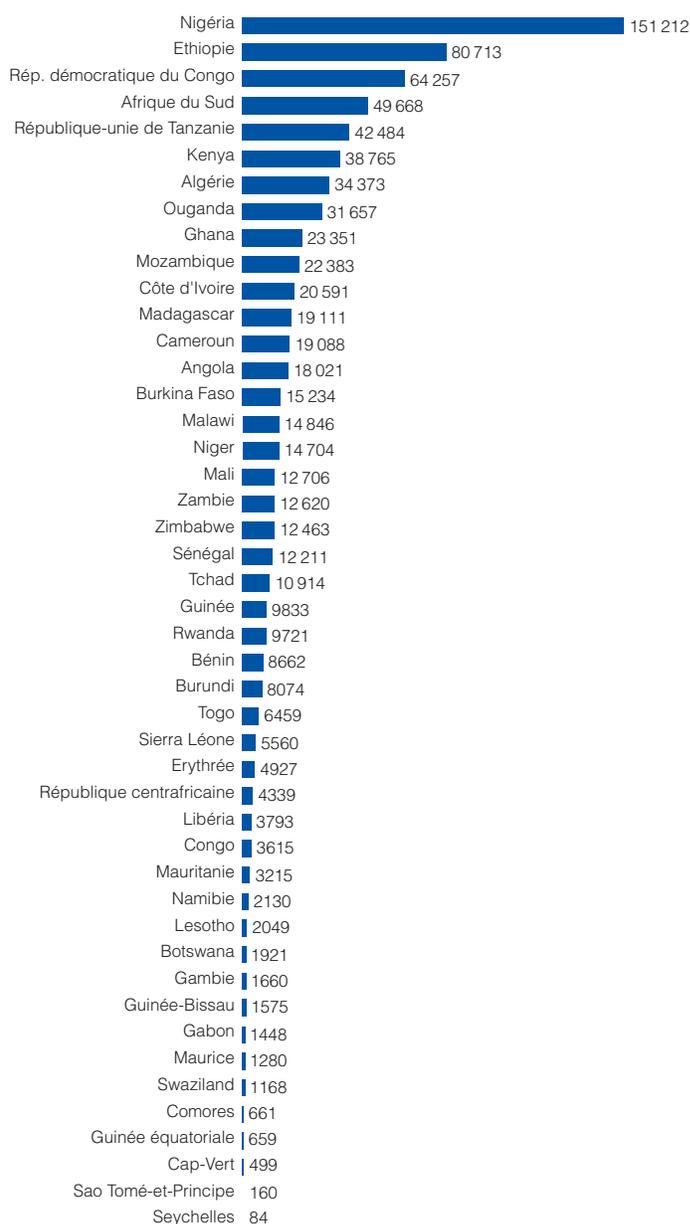


Figure B: Taille de la population (en milliers), pays de la Région africaine, 2008





Espérance de vie

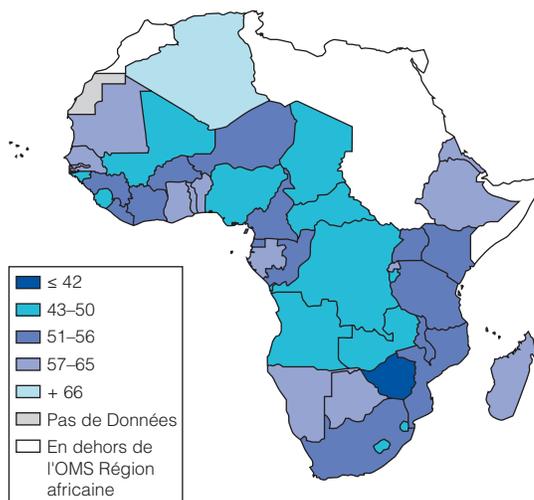


Figure 1: Espérance de vie à la naissance en années, Région africaine, 2008

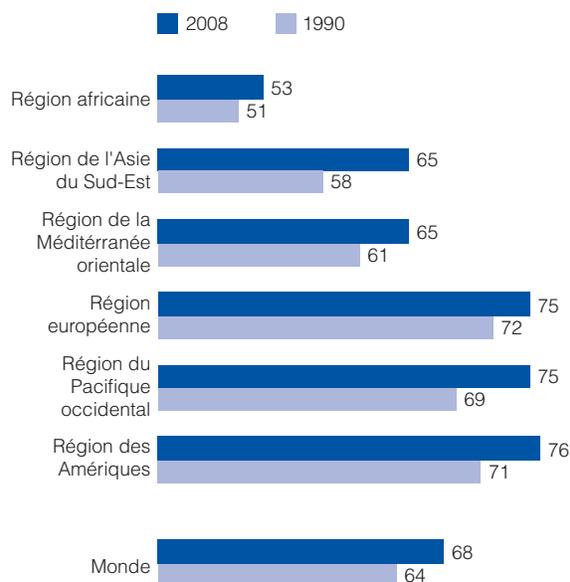


Figure 2: Espérance de vie à la naissance en années, Régions de l'OMS, 2008 et 1990

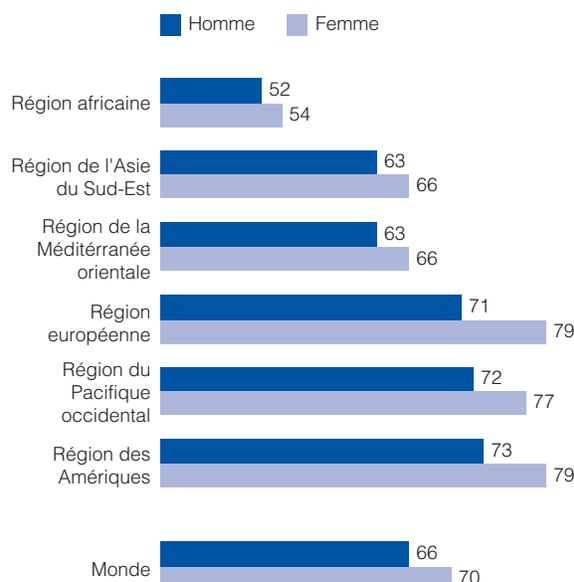


Figure 3: Espérance de vie à la naissance en années, Régions de l'OMS, par sexe, 2008

1 Etat de santé

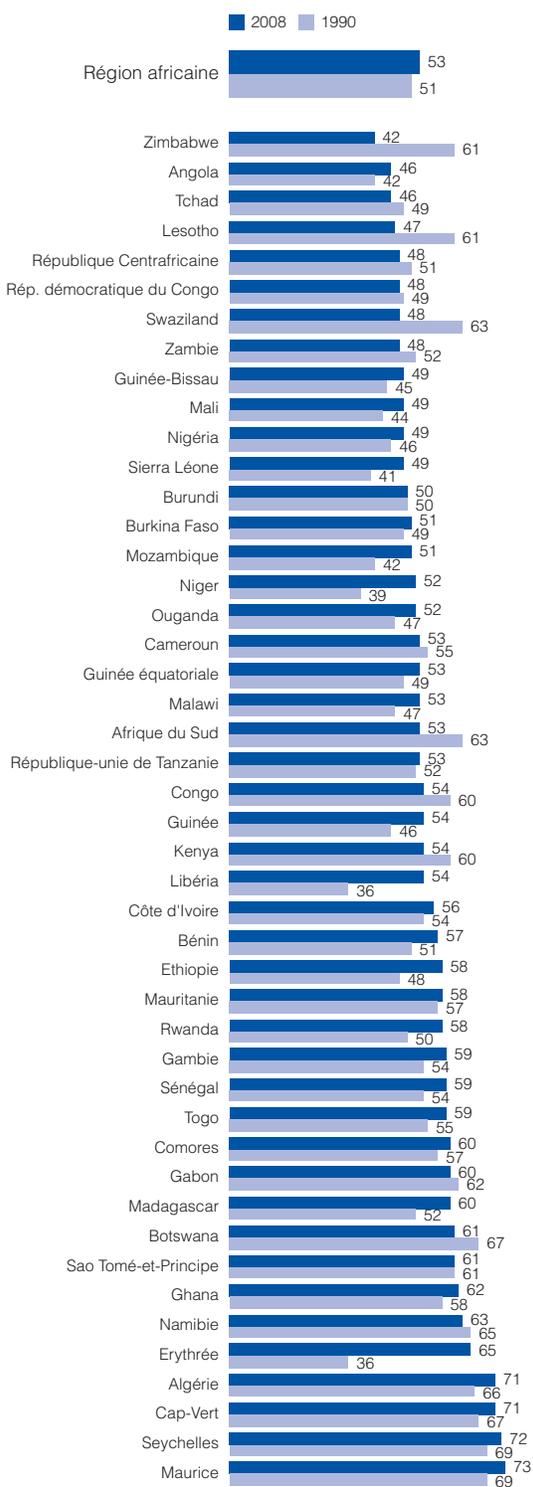


Figure 4: Espérance de vie à la naissance en années dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990

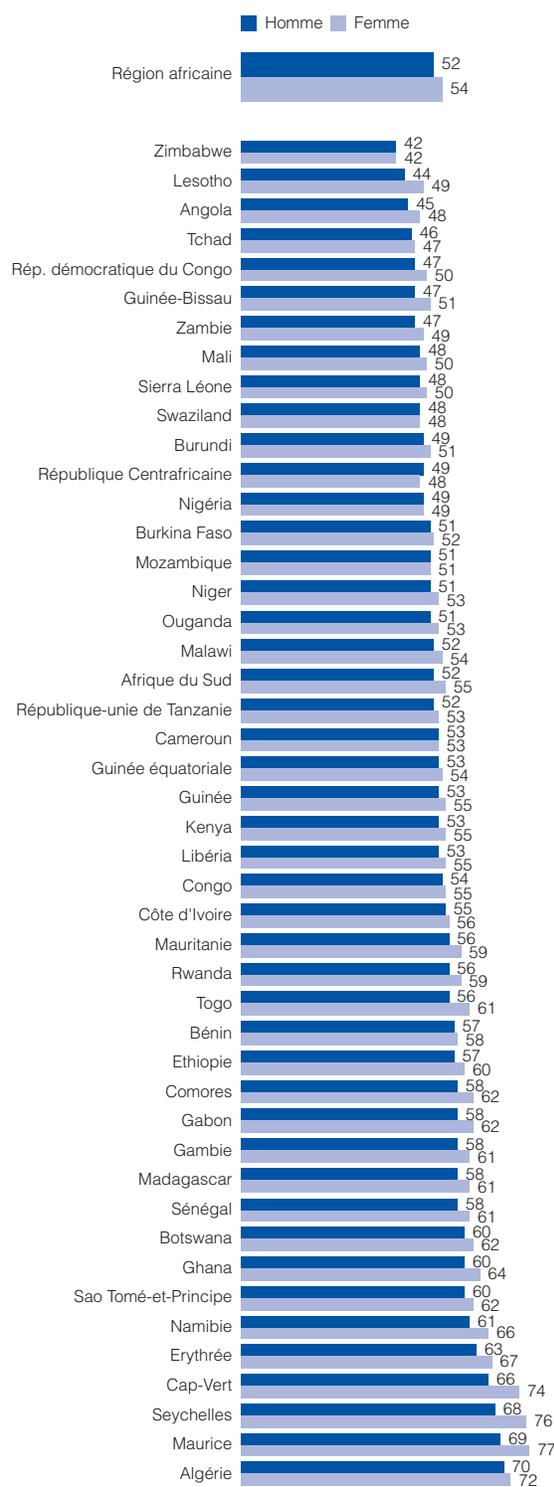


Figure 5: Espérance de vie à la naissance en année dans la Région africaine, par pays et sexe, 2008

Espérance de vie

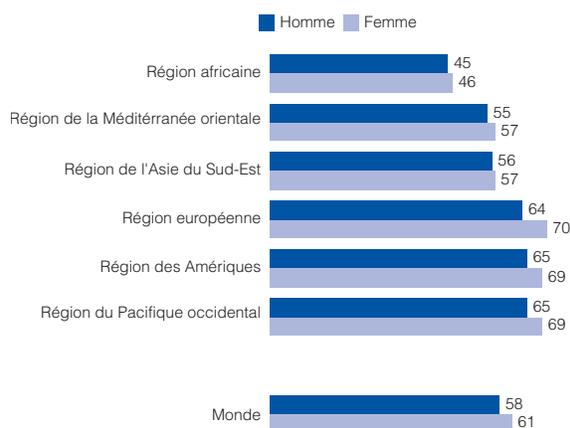


Figure 6: Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années, Régions de l'OMS, par sexe, 2007 *

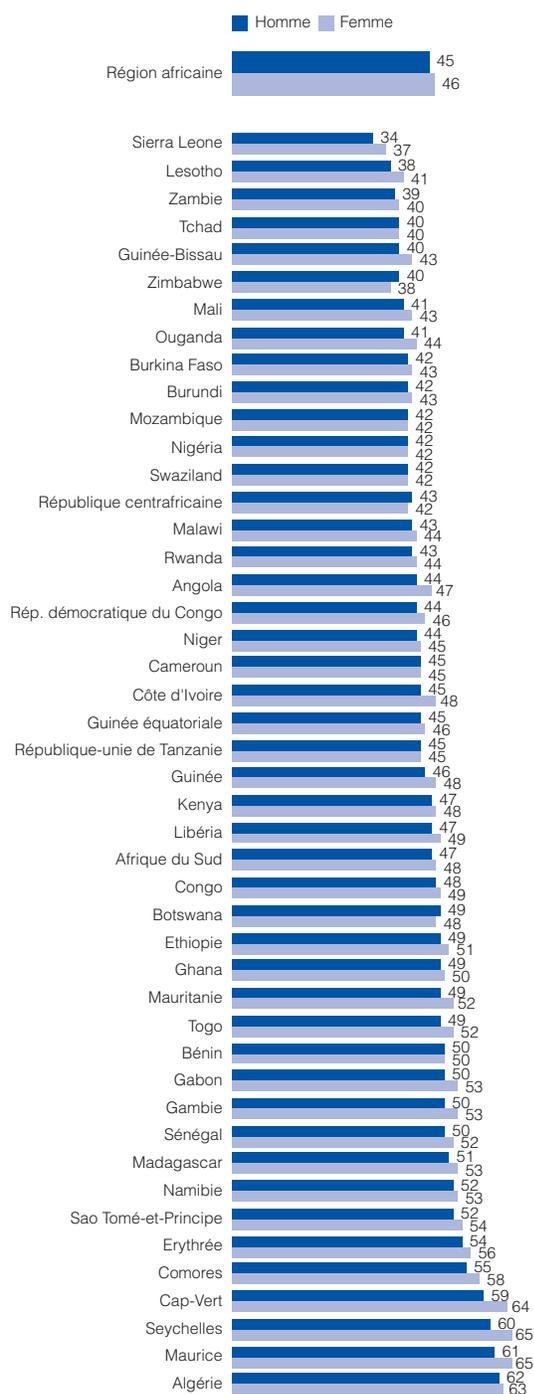


Figure 7: Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années, dans la Région africaine, par pays et par sexe, 2007

* "L'espérance de vie en bonne santé" à la naissance, ou années de vie en bonne santé (AVBS) représente le nombre moyen d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre en "bonne santé" en prenant en compte les années vécues sans être dans un état de santé complet suite à une maladie et/ou blessures. En conséquence, elle concerne à la fois les états mortel et non mortel de santé et handicapés, pour lesquels les plus courants au plan mondial sont la perte auditive, la déficience visuelle et les troubles mentaux.

Mortalité

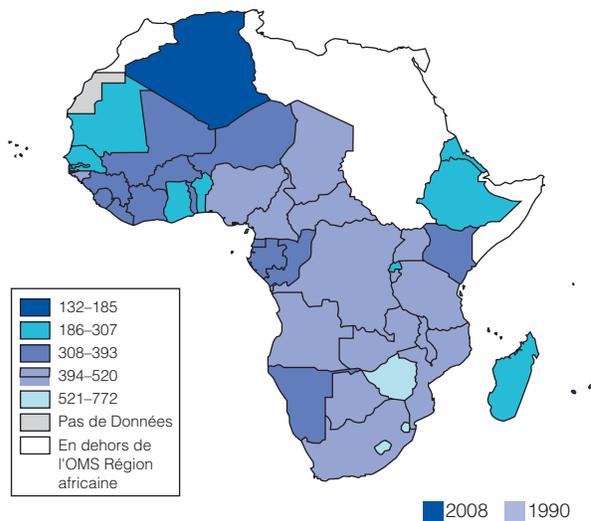


Figure 8: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2008

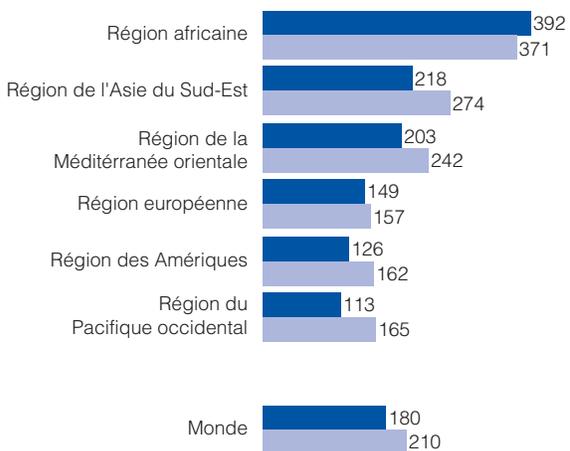


Figure 9: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

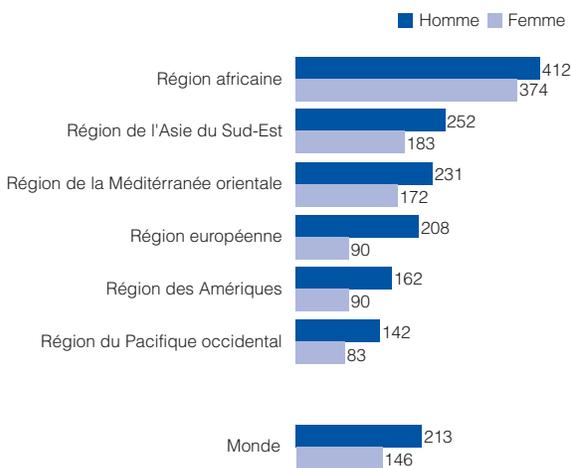


Figure 10: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans les Régions de l'OMS, par sexe, 2008

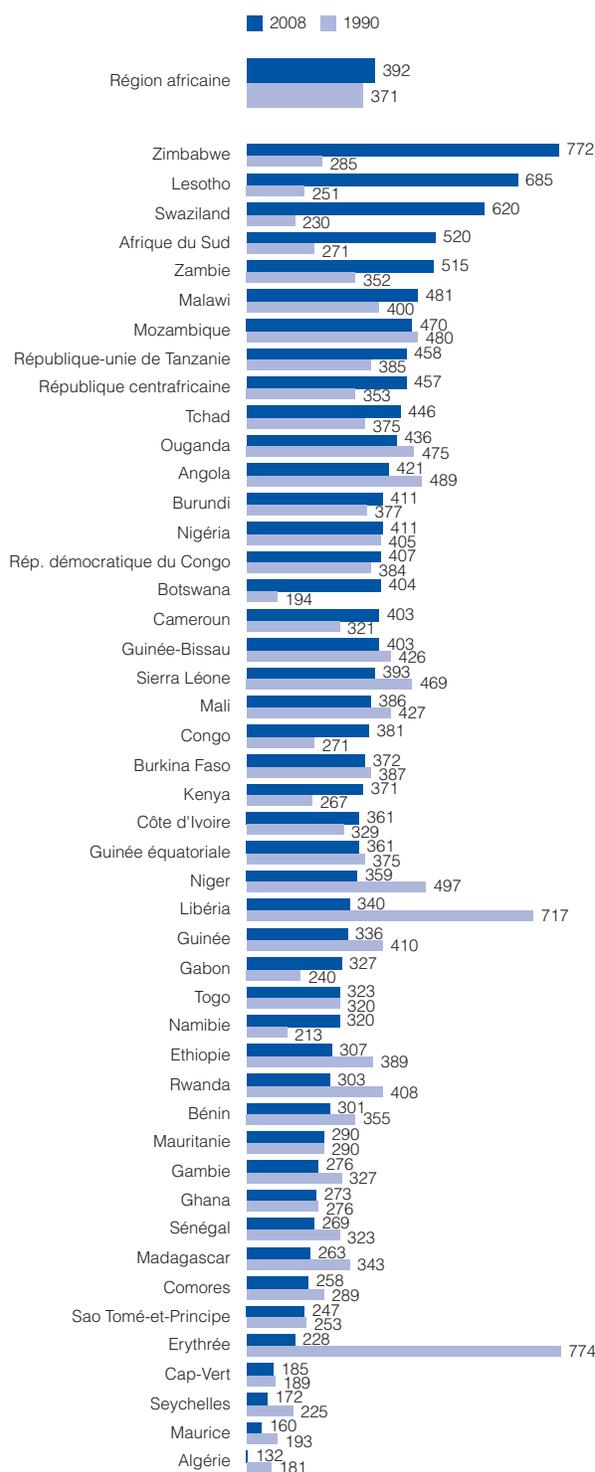


Figure 11: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990

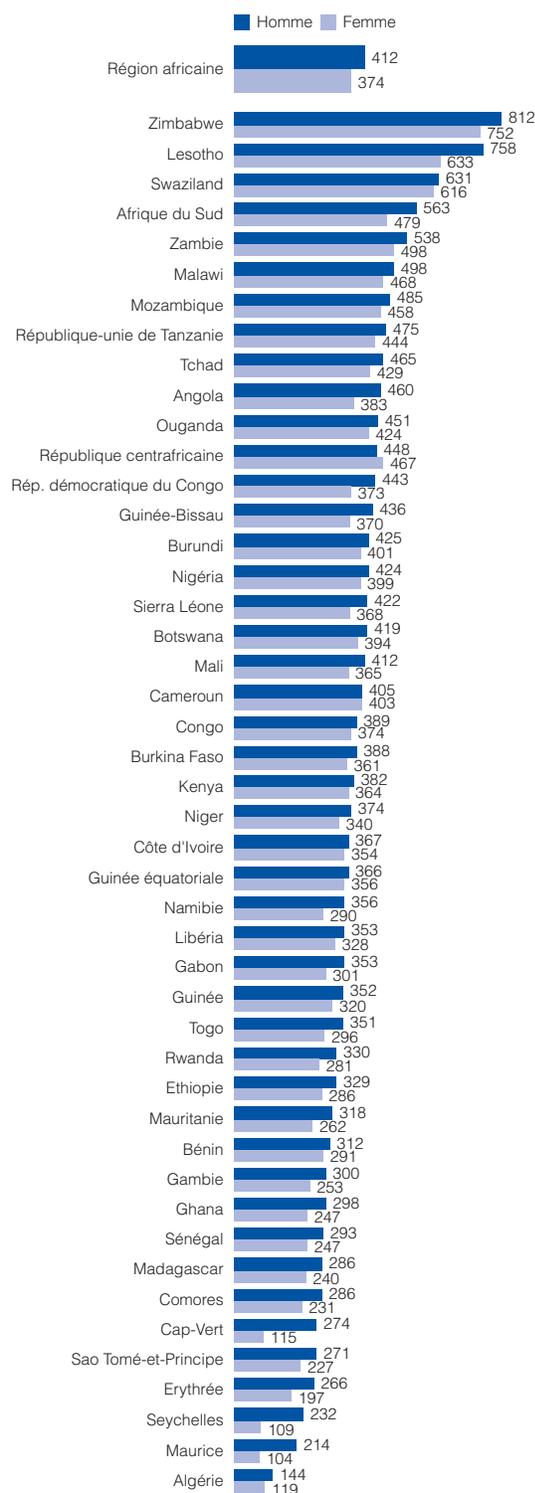


Figure 12: Taux de mortalité des adultes pour 1.000 habitants dans la Région africaine, par pays et sexe, 2008

1 Etat de santé

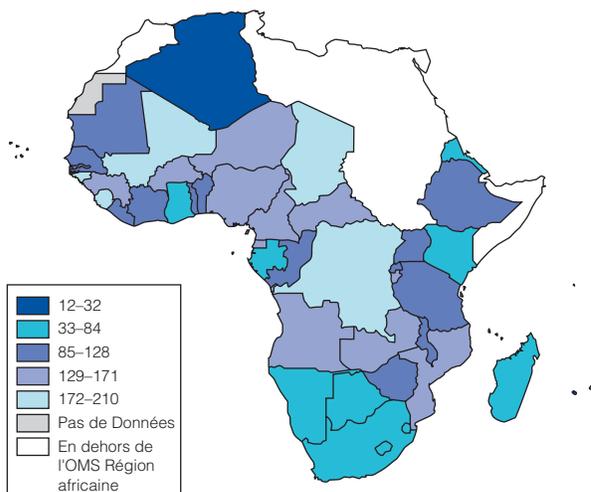


Figure 13: Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1.000 naissances vivantes, dans la Région africaine, 2009

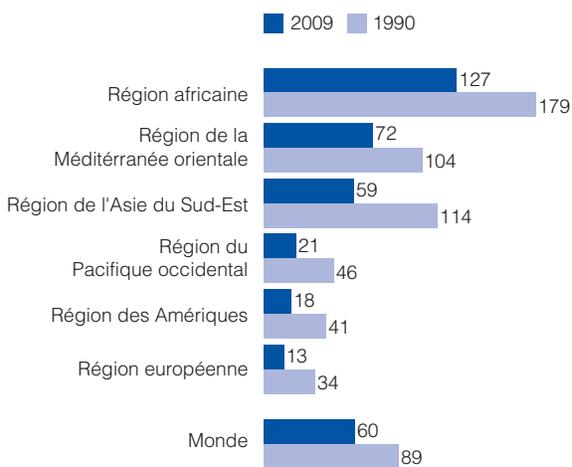


Figure 14: Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1.000 naissances vivantes, dans les Régions de l'OMS, pour les deux sexes, 2009 et 1990*

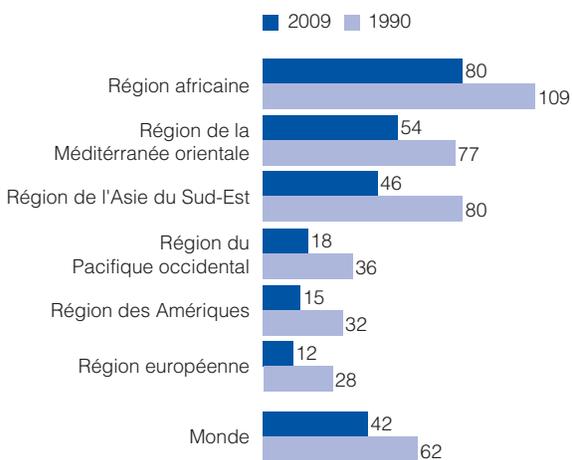


Figure 15: Taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes dans les Régions de l'OMS, 2009 et 1990*

* Niveaux et tendances de la mortalité infantile: Rapport 2010 - Estimations publiées par le groupe Inter-Agence des Nations Unies pour l'Estimation de la mortalité infantile (IGME), UNICEF, OMS, Banque Mondiale, Division de la population/DESA des Nations Unies, New York: UNICEF, 2010.

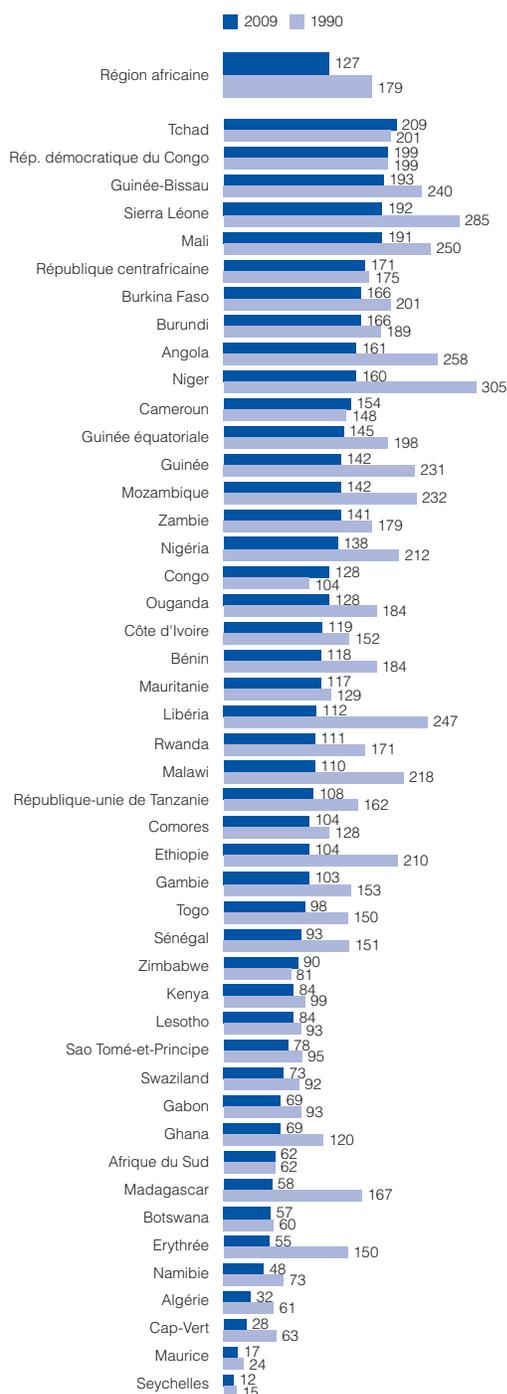


Figure 16: Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2009 et 1990*

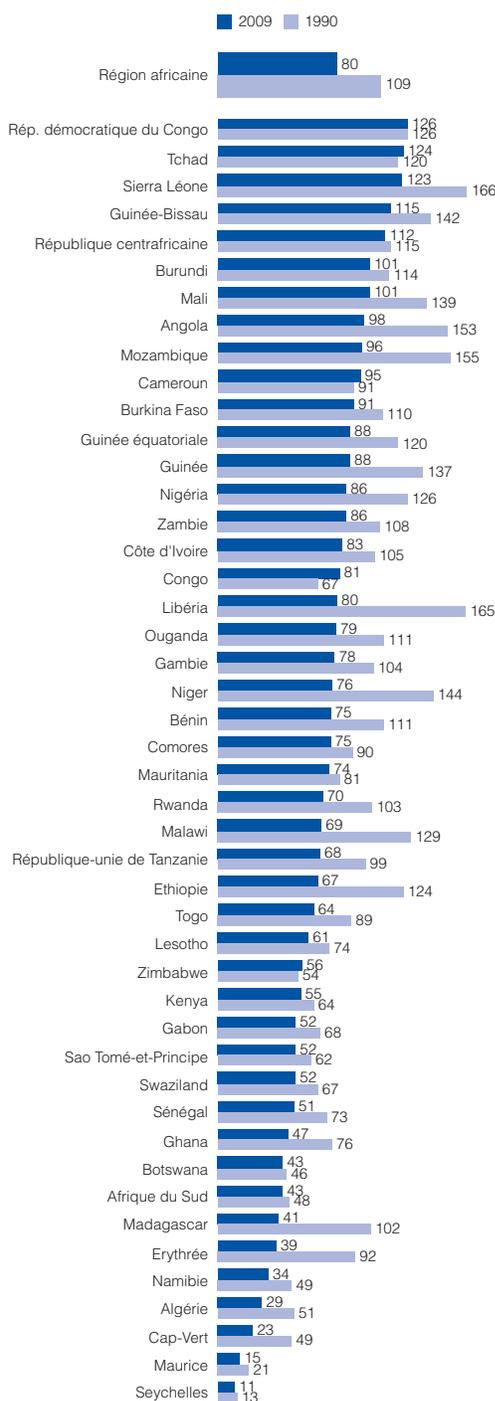


Figure 17: Taux de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2009 et 1990*

*Niveaux et tendances de la mortalité infantile: Rapport 2010 - Estimations publiées par le groupe Inter-Agence des Nations Unies pour l'Estimation de la mortalité infantile (IGME), UNICEF, OMS, Banque Mondiale, Division de la population/DESA des Nations Unies, New York: UNICEF, 2010.

1 Etat de santé

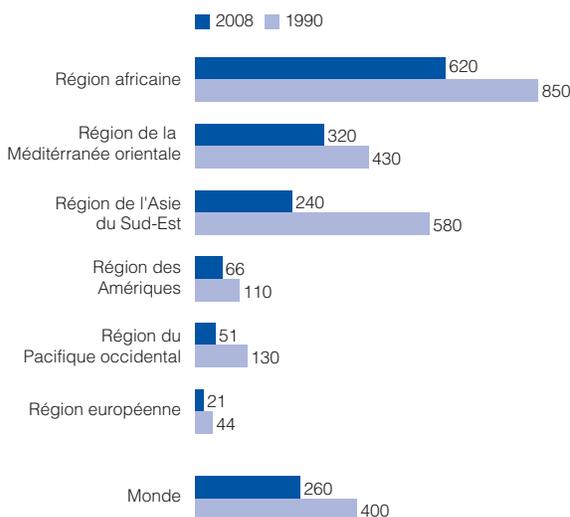


Figure 18: Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes dans les Régions de l'OMS, 2009 et 1990 *

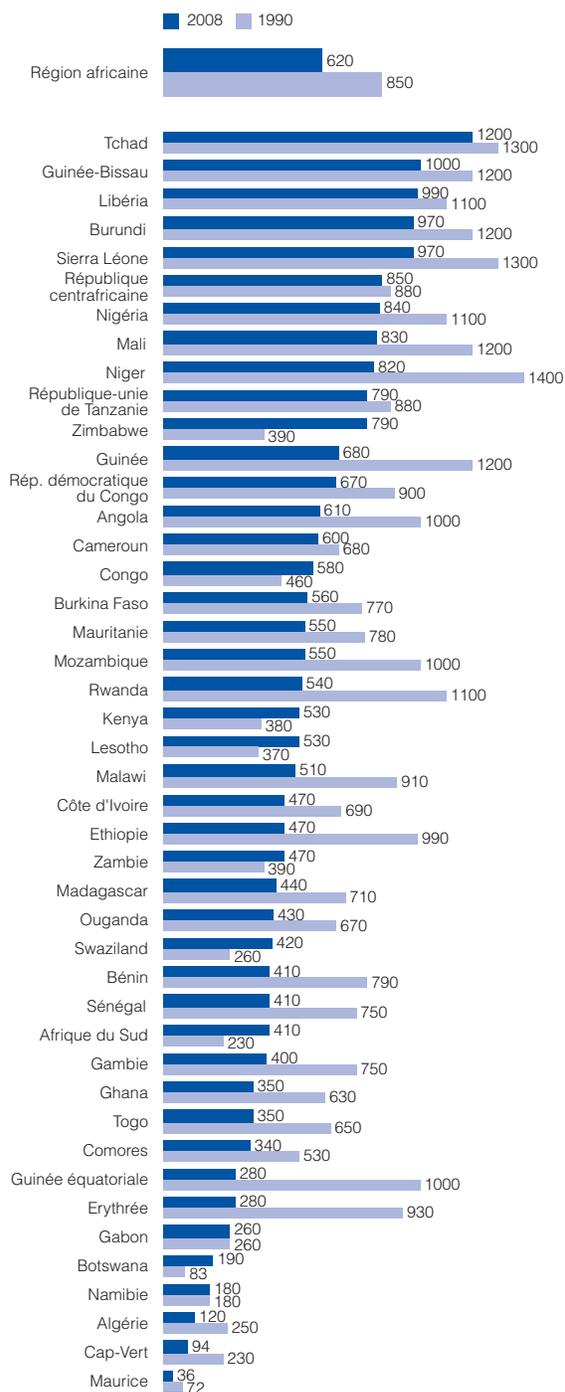


Figure 19: Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990*

*Tendances de la mortalité maternelle: de 1990 à 2008. Estimations mises au point par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010

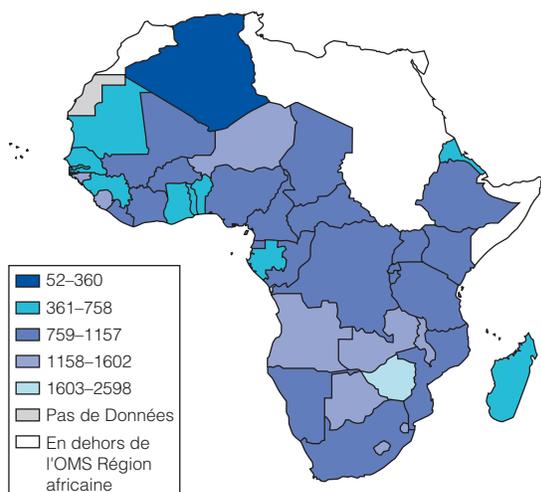


Figure 20: Taux de mortalité standardisé* due aux maladies transmissibles selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004

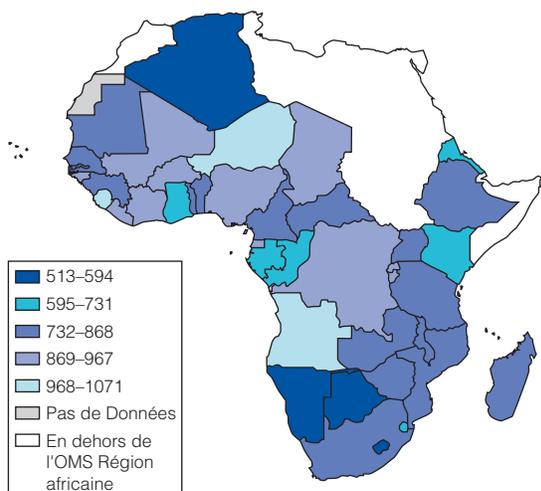


Figure 21: Taux de mortalité standardisé due aux maladies non-transmissibles, selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004

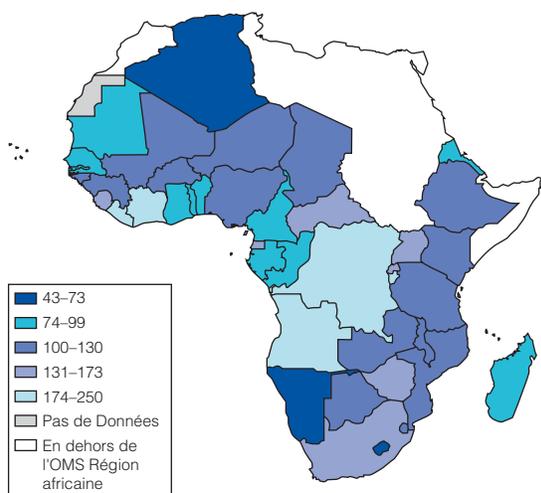


Figure 22: Taux de mortalité standardisé due aux traumatismes selon l'âge pour 100.000 habitants, dans la Région africaine, 2004

*Les taux sont normalisés en fonction de l'âge selon les normes de la population mondiale de l'OMS. OB Ahmad, Boschi-Pinto C, AD Lopez et Al. *Taux de normalisation selon l'âge. Une nouvelle norme de l'OMS.* Genève: OMS, 2001. Disponible à www.who.int/healthinfo/paper31.pdf - consulté le 31 Juillet 2010.

Charge de morbidité

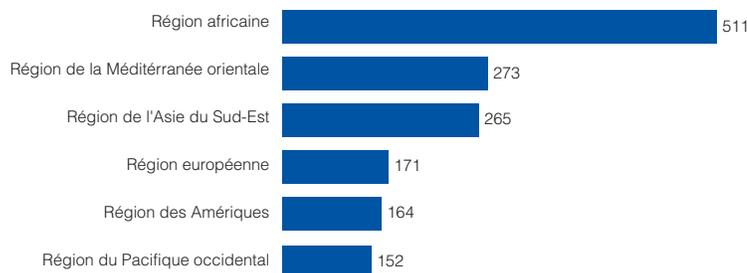


Figure 23: Charge de morbidité totale en AVCI* pour 1.000 habitants dans les Régions de l’OMS, 2004

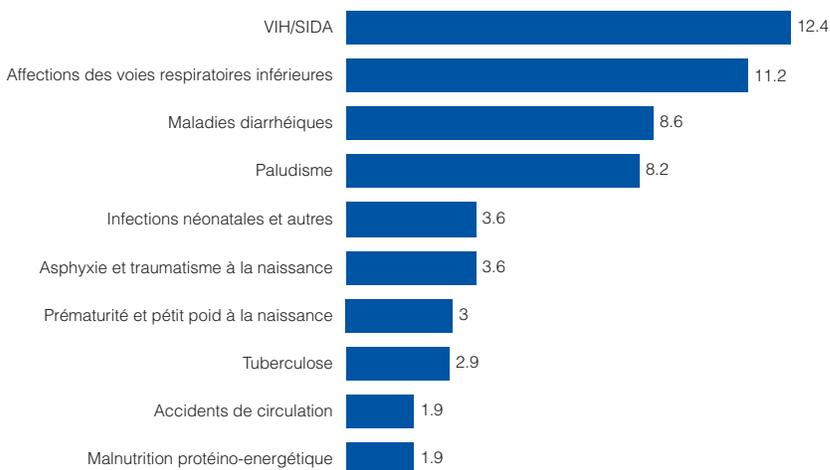


Figure 24: Principales causes de la charge de morbidité en pourcentage des AVCI totales dans la Région africaine, 2004

* L'année de vie corrigée sur l'incapacité (AVCI) fournit une description cohérente et comparative de la charge de la maladie et des blessures nécessaire pour évaluer l'importance relative des maladies et blessures causant la mort prématurée, perte de la santé et handicap dans les différentes populations. L'année de vie corrigée sur l'incapacité élargit la notion d'années potentielles de vie perdues pour cause de décès prématuré pour y inclure les années équivalentes de vie "en bonne santé" perdues du fait d'être dans des états de mauvaise santé ou d'handicap. Une AVCI peut être considérée comme une année de vie "en bonne santé" perdue et le fardeau de la maladie peut être considéré comme une mesure de l'écart entre l'état de santé actuel et une situation idéale où tout le monde vit jusqu'à la vieillesse, exempt de maladie et d'invalidité. OMS, *Mise à jour de 2004. Charge de la maladie*. Genève, Juillet 2008.

Charge de morbidité

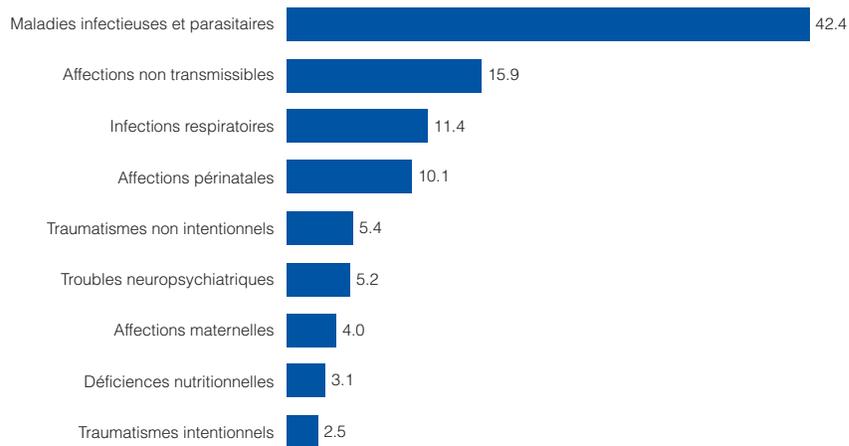


Figure 25: Distribution de la charge de morbidité en pourcentage des AVCI totales par groupe dans la Région africaine, 2004

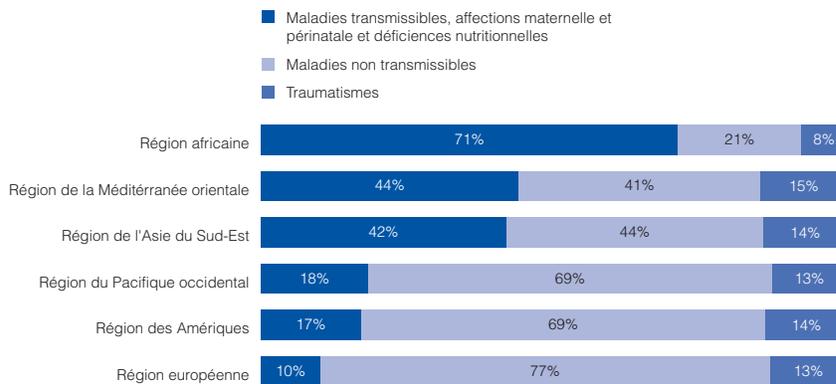


Figure 26: Distribution de la charge de morbidité en pourcentage des AVCI totales par groupe de causes dans la Région africaine, 2004

1 Etat de santé

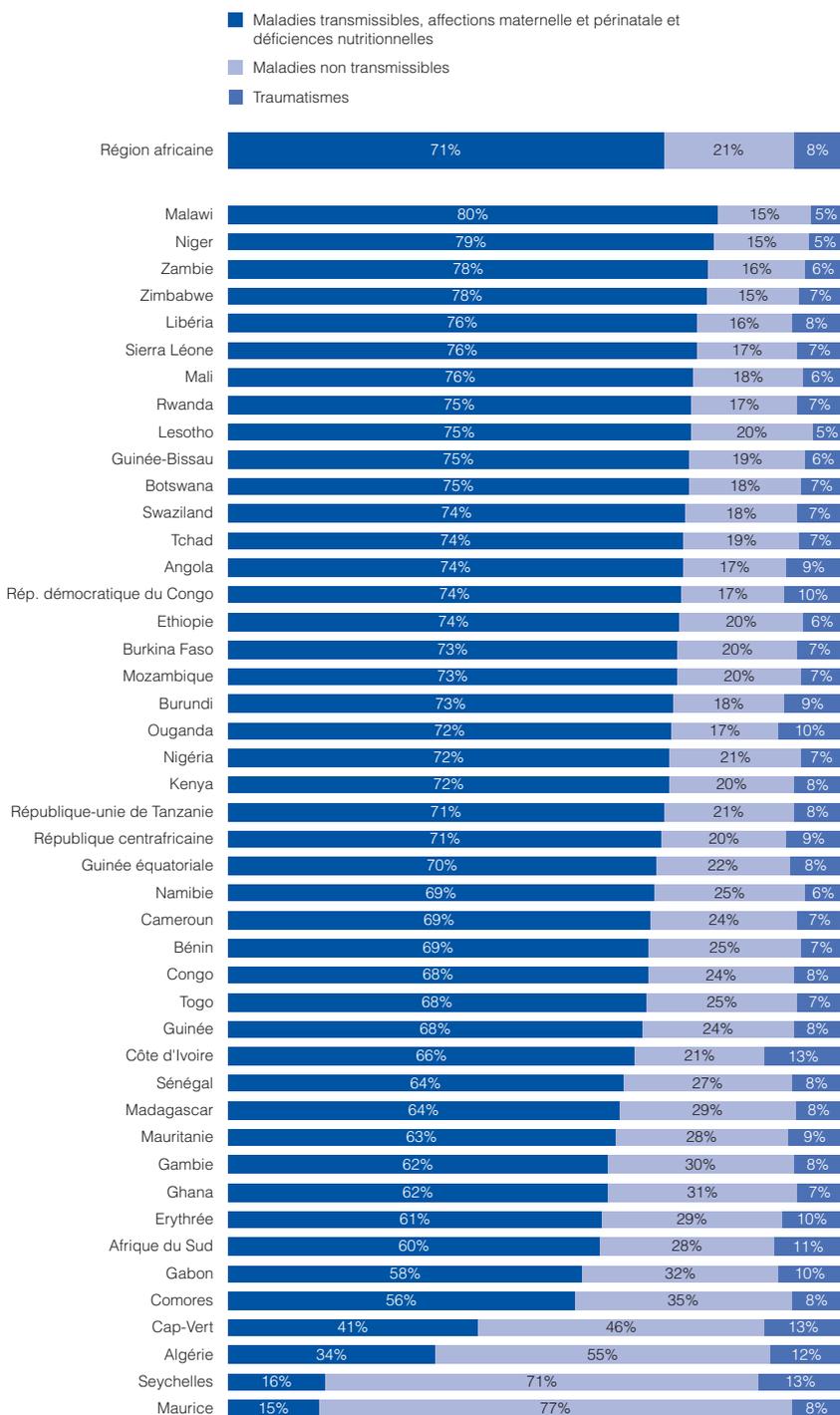


Figure 27: Distribution de la charge de morbidité comme pourcentage des AVCIs totales par groupe de causes, par pays, dans la Région africaine, 2004

Charge de morbidité

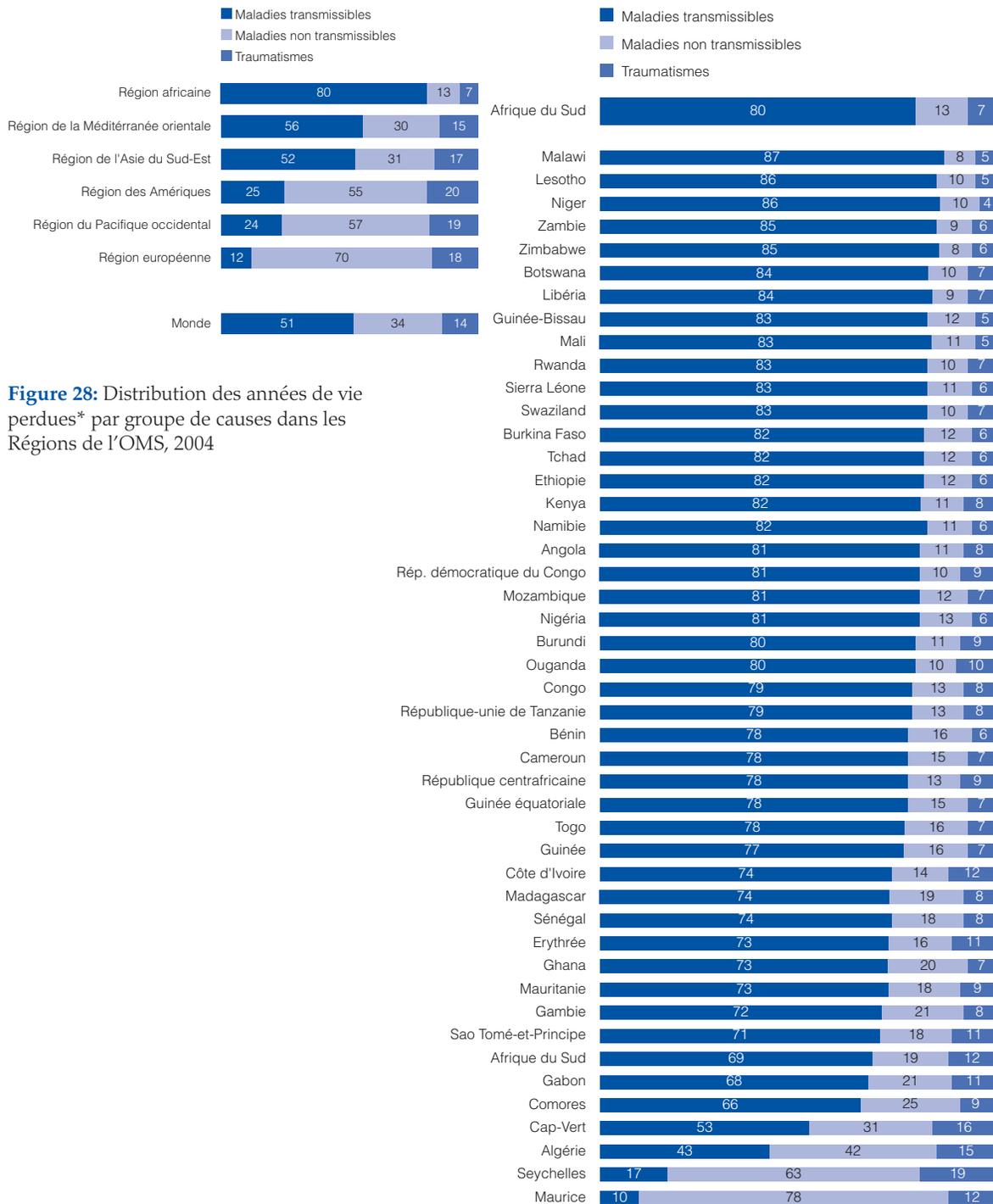


Figure 29: Distribution des années de vie perdues par groupe de causes, par pays, dans la Région africaine, 2004

*Les années de vie perdues (AVP) prennent en compte l'âge au cours duquel surviennent les décès en attribuant plus de poids statistique aux décès survenus chez les plus jeunes et moins de poids statistique aux décès survenus chez les personnes âgées

2 Le système de santé

Financement de la santé

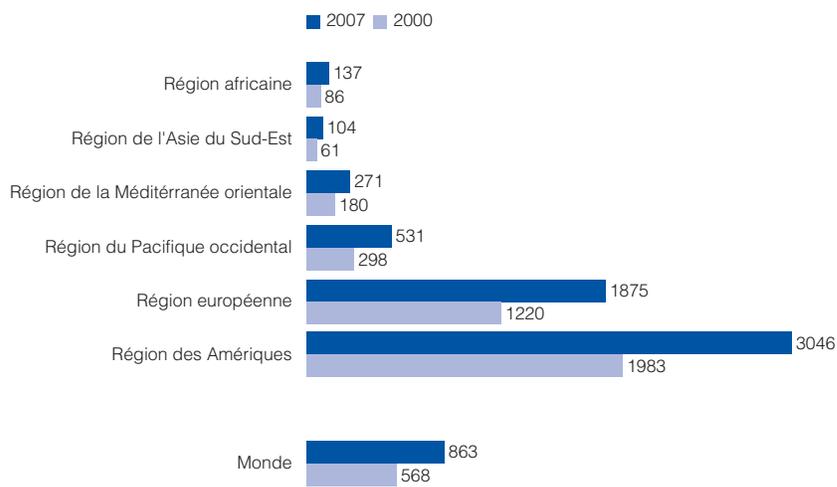


Figure 30: Dépenses publiques de santé par habitant (PPA int. \$) dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

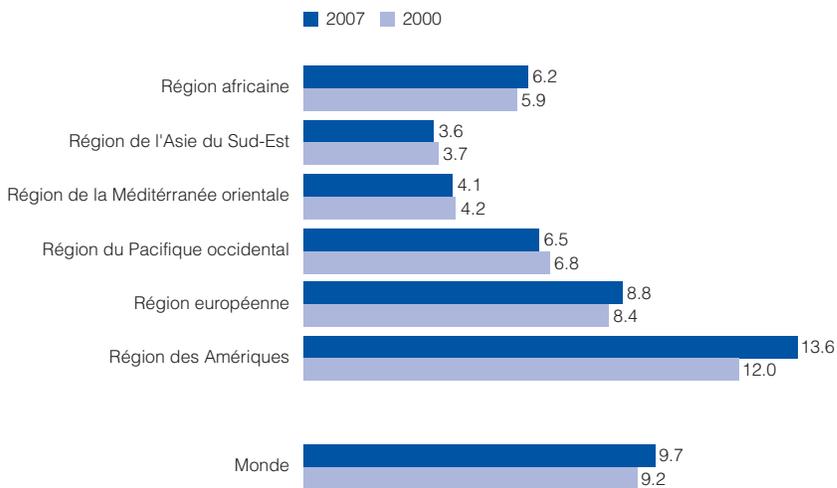


Figure 31: Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

Financement de la santé

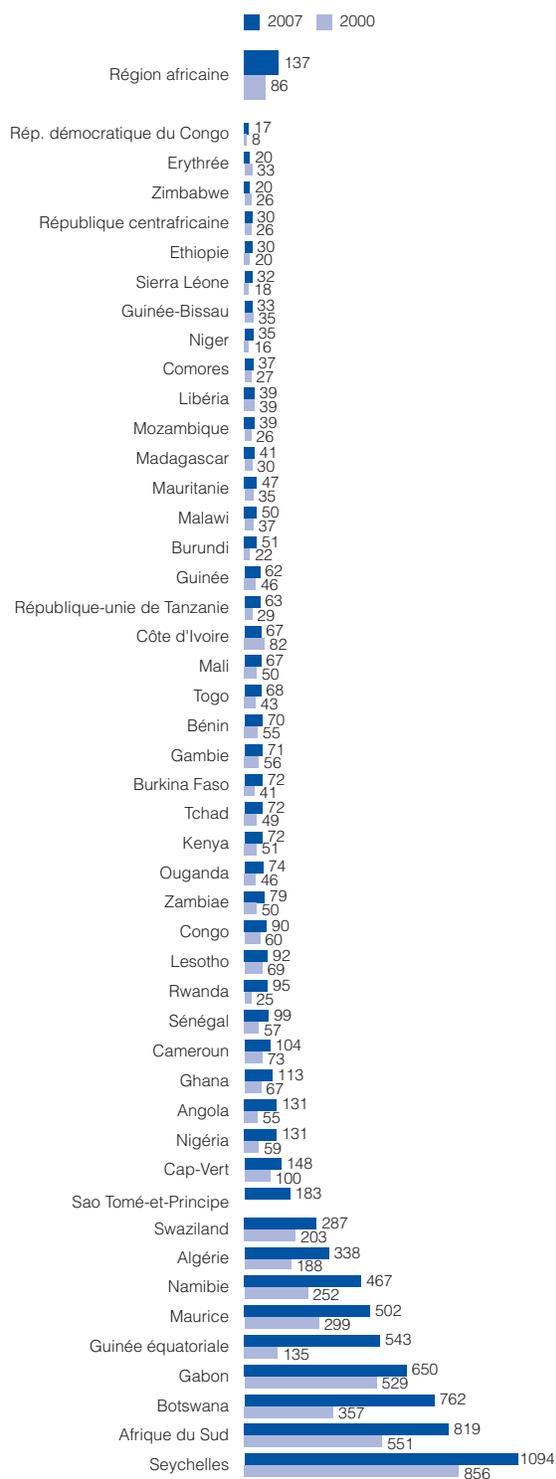


Figure 32: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

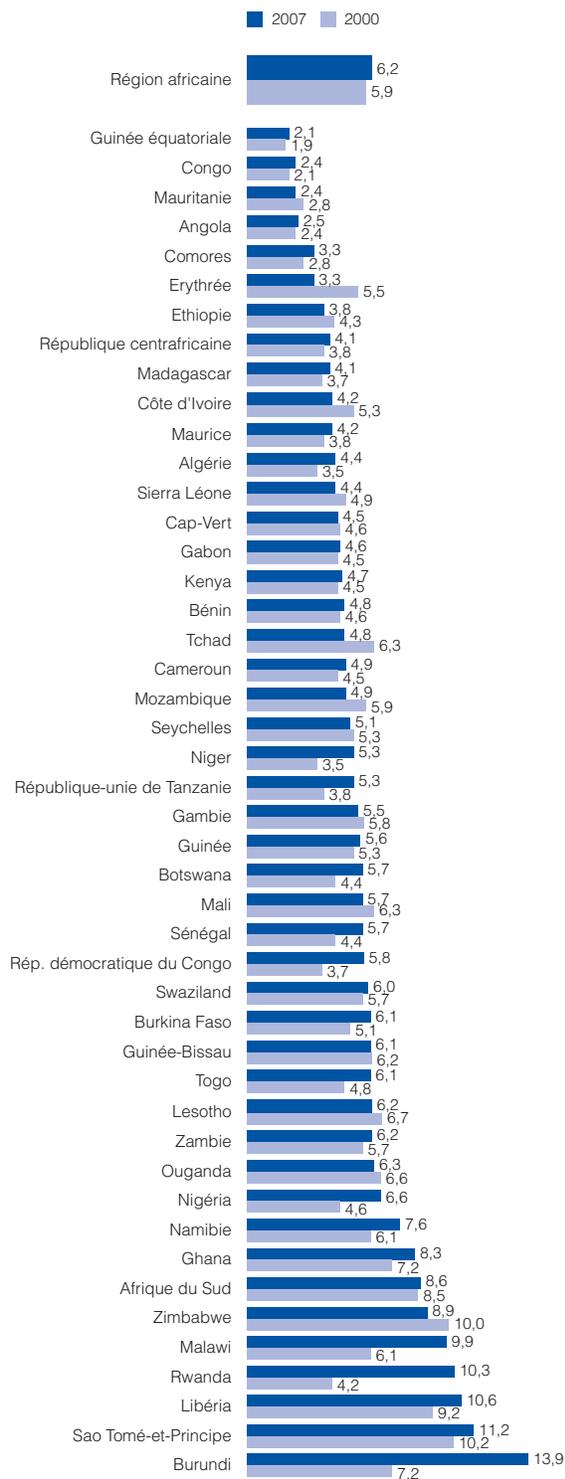


Figure 33: Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

2 Le système de santé

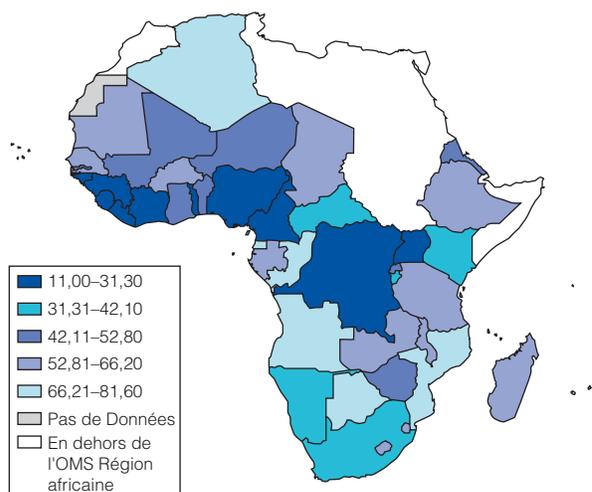


Figure 34: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, 2007

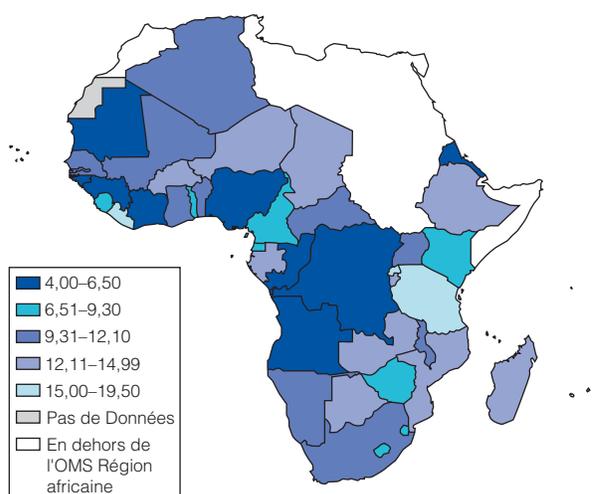


Figure 35: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé, 2007

Financement de la santé

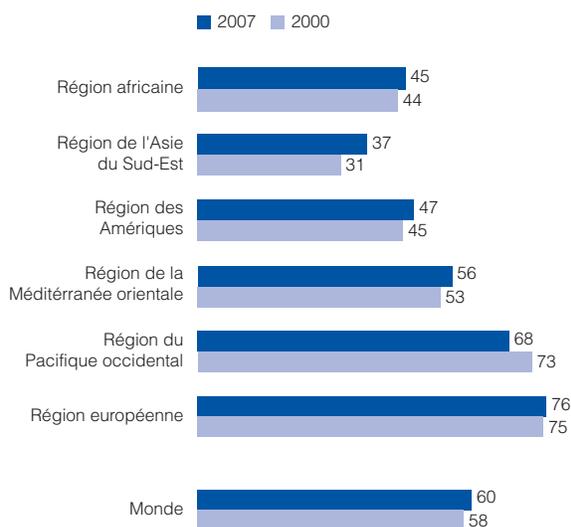


Figure 36 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

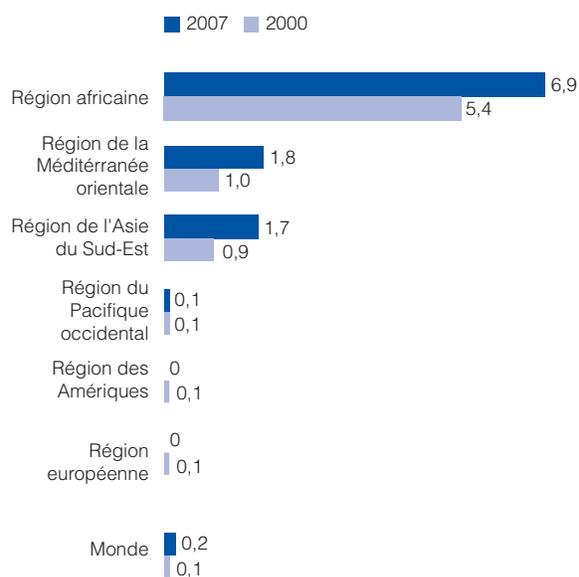


Figure 37: Ressources en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

2 Le système de santé

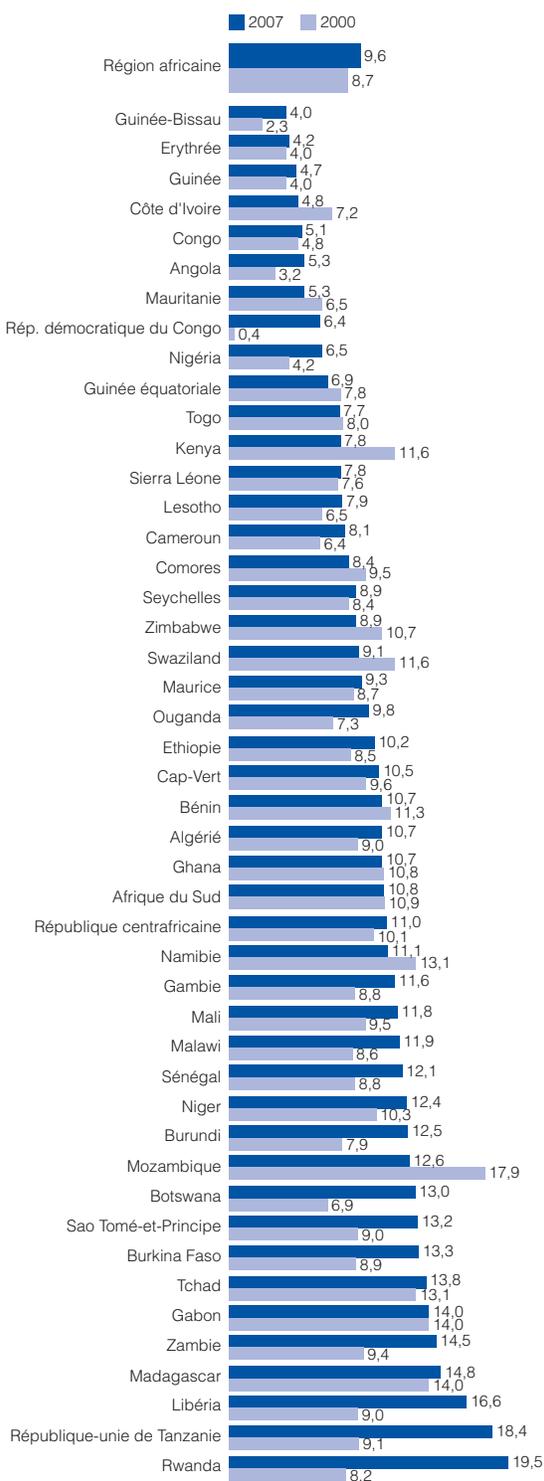


Figure 38: Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

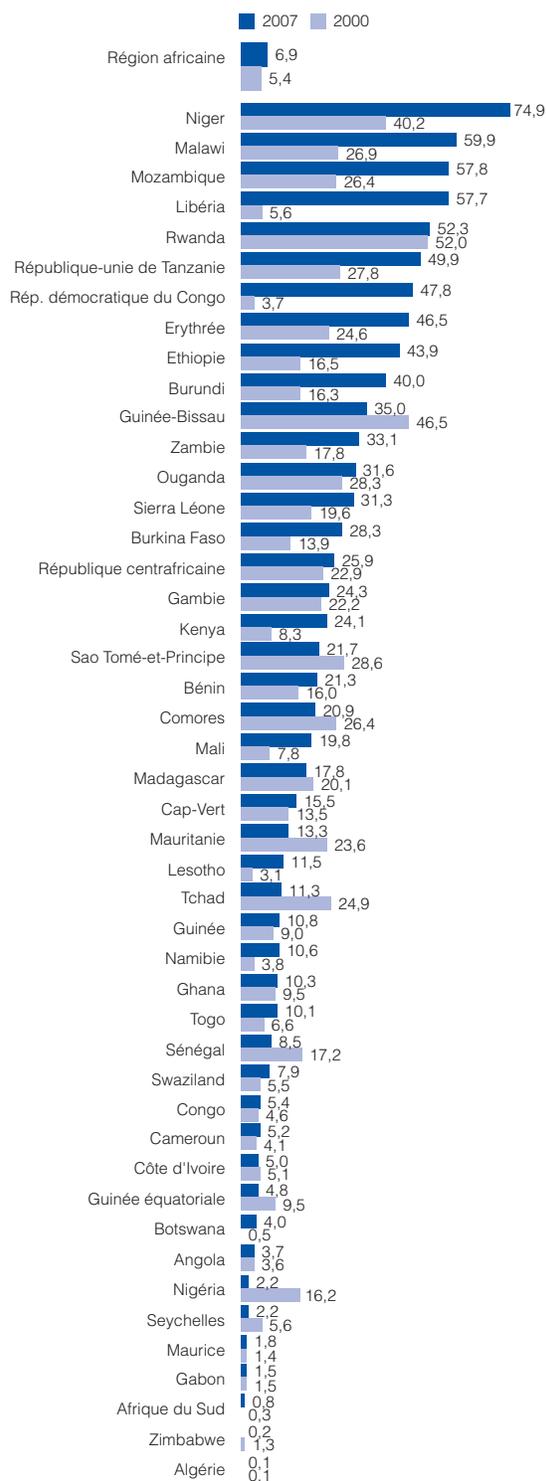


Figure 39: Ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

Financement de la santé

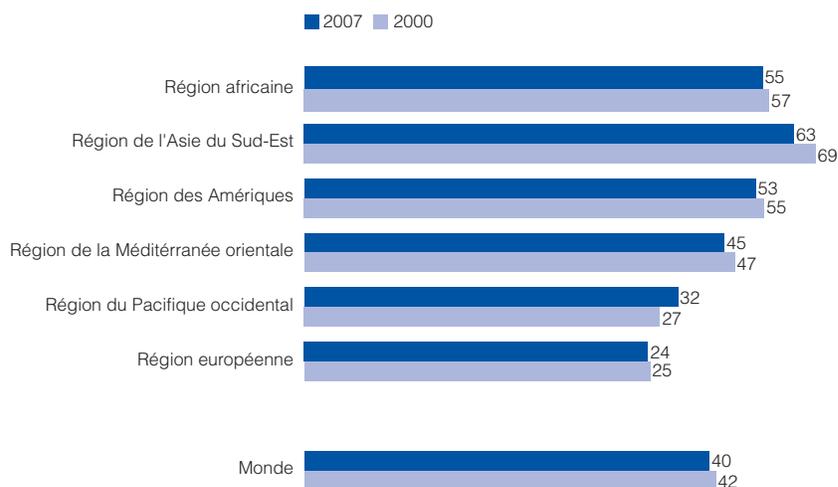


Figure 40: Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

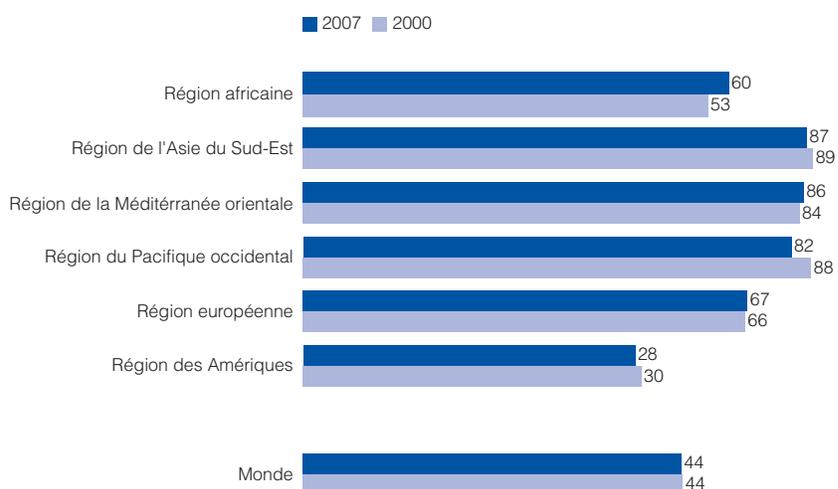


Figure 41: Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

2 Le système de santé

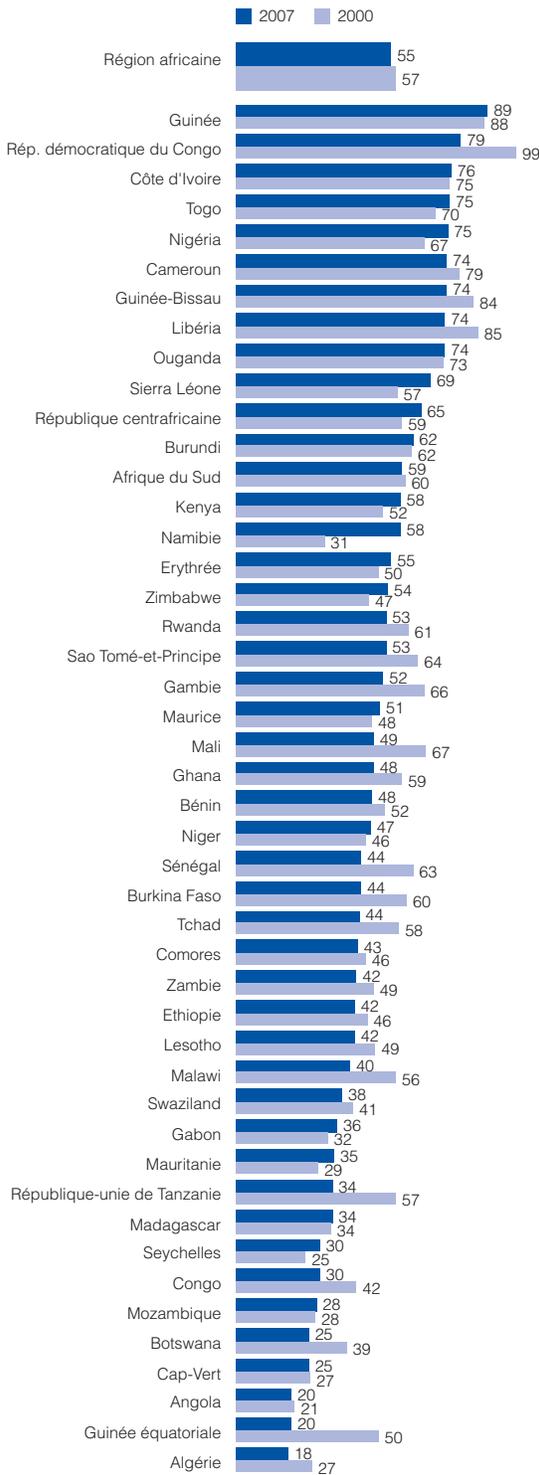


Figure 42: Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

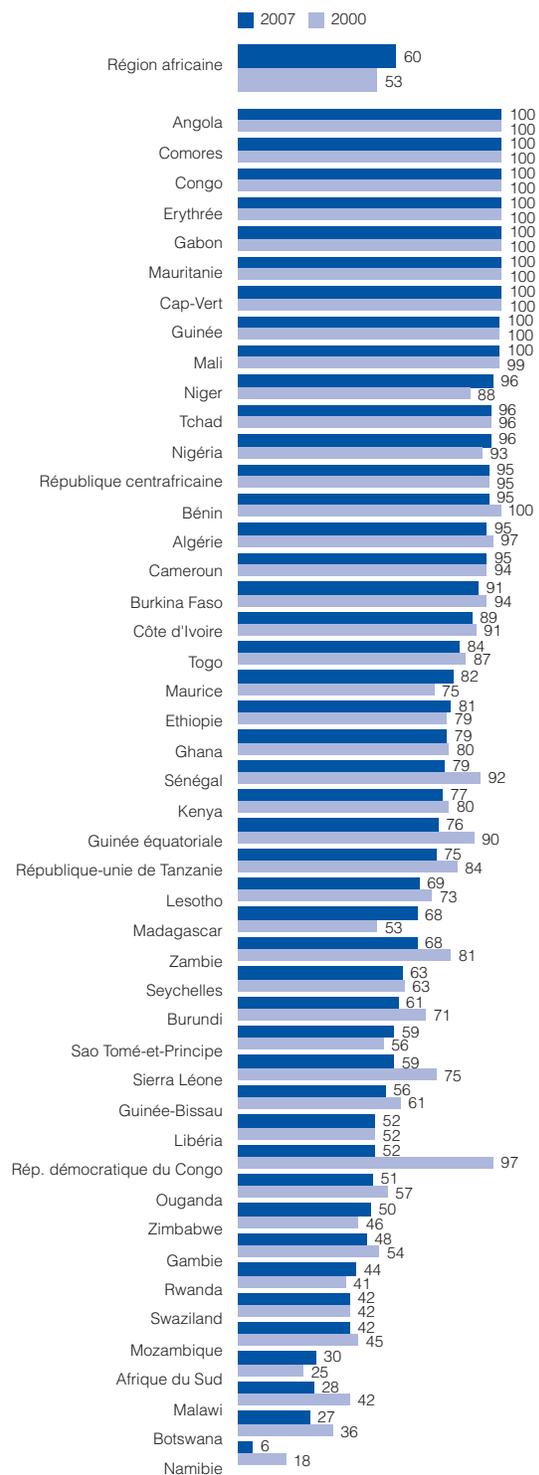


Figure 43: Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

Financement de la santé

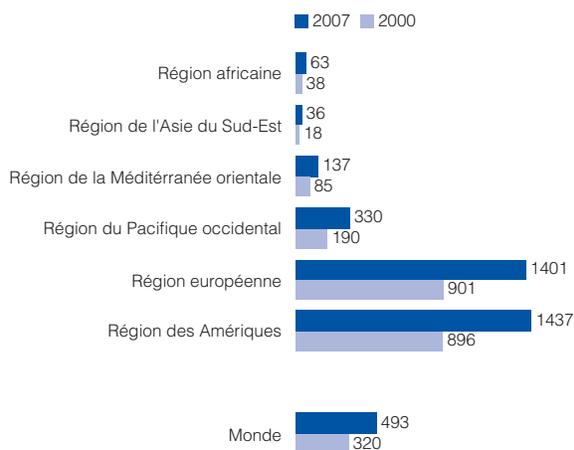


Figure 44: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans les Régions de l'OMS, 2007 et 2000

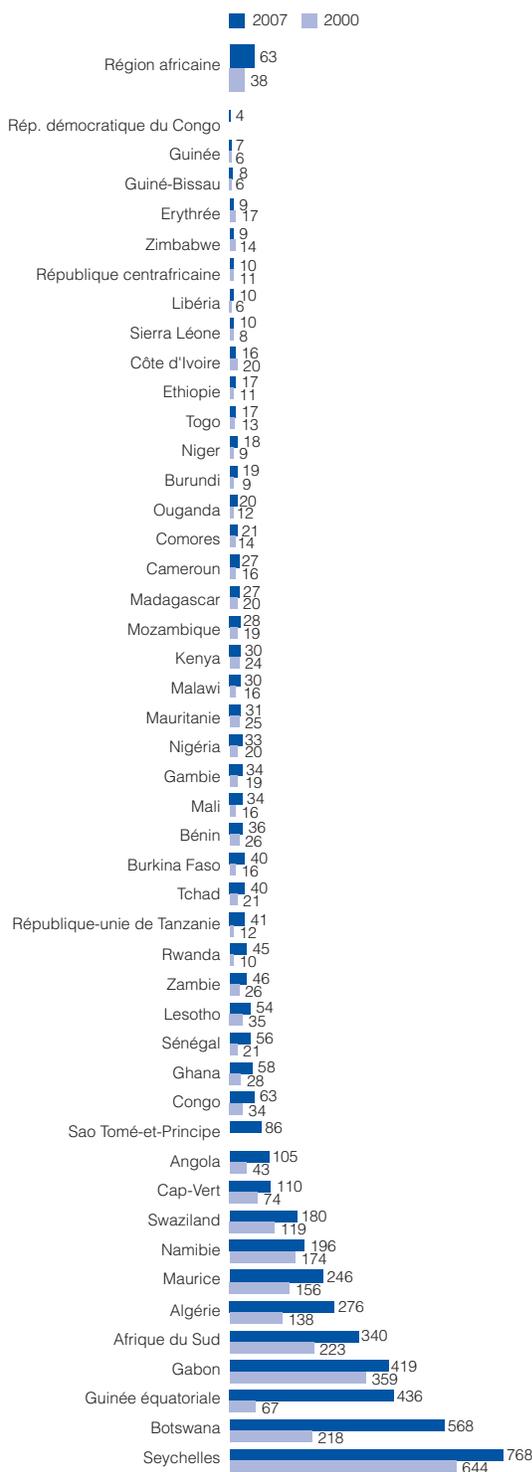


Figure 45: Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

Personnel de santé

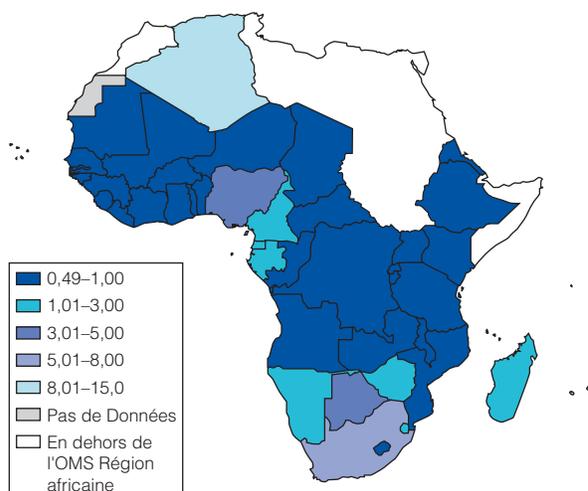


Figure 46: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, 2000-2009

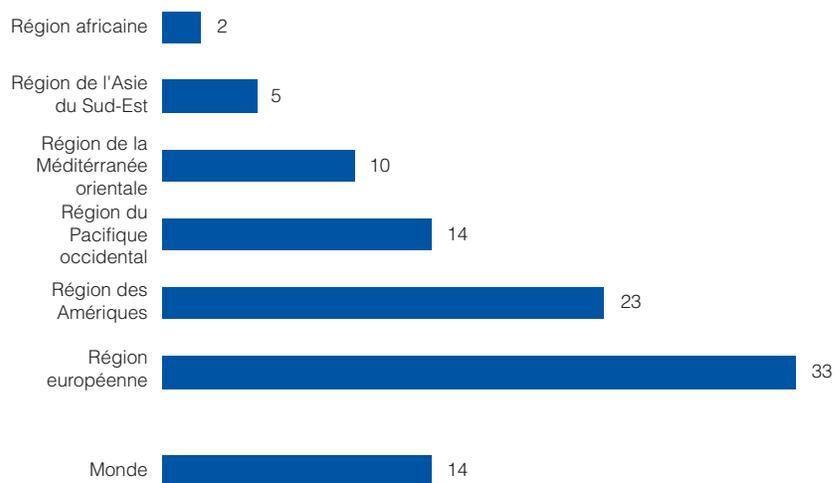


Figure 47: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2000-2009

Personnel de santé

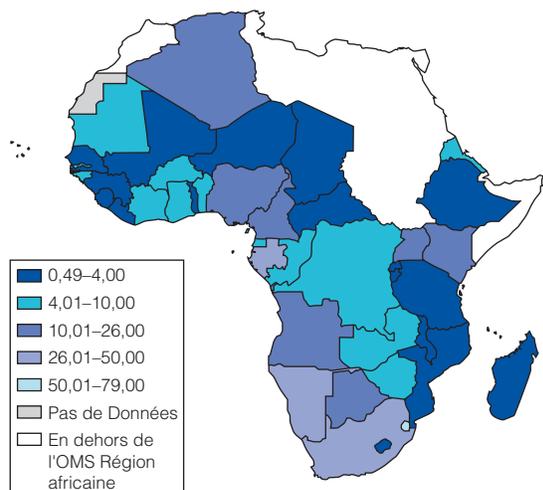


Figure 48: Ratio personnel infirmier et sage-femme-population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, 2000-2009

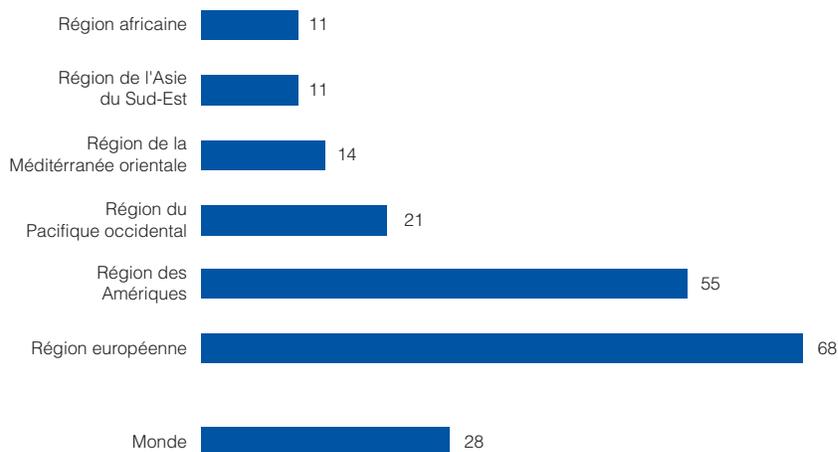


Figure 49: Ratio personnel infirmier et sage-femme-population (pour 10.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2000-2009

2 Le système de santé

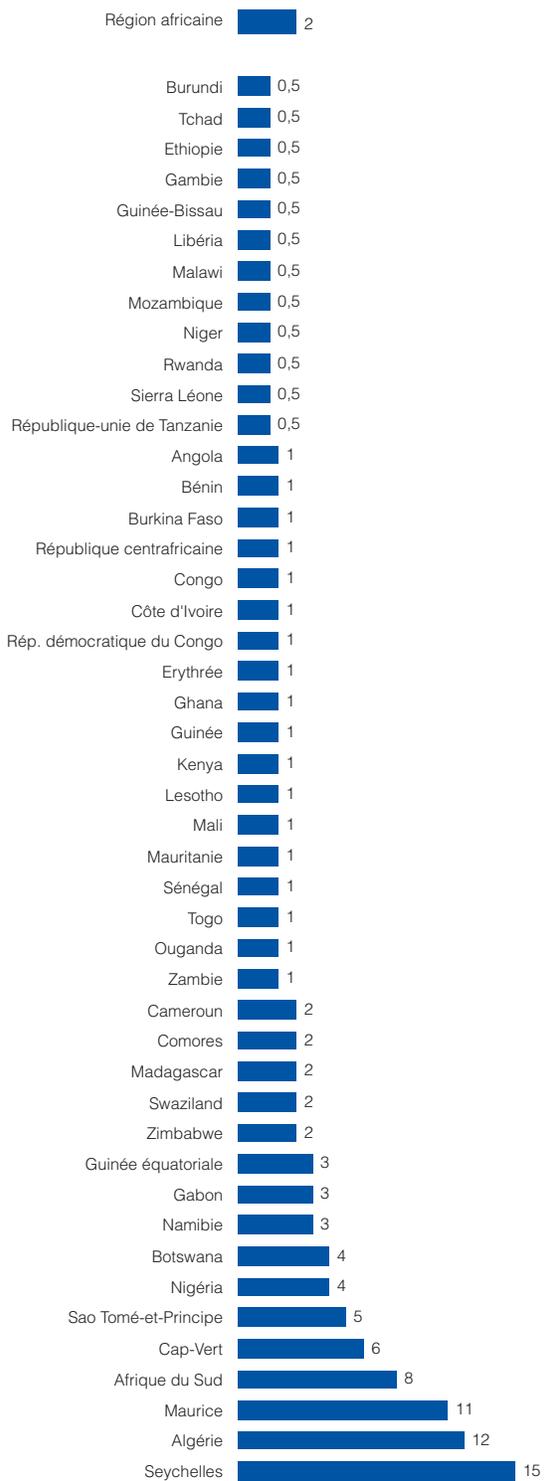


Figure 50: Ratio médecin - population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, par pays, 2000-2009

24

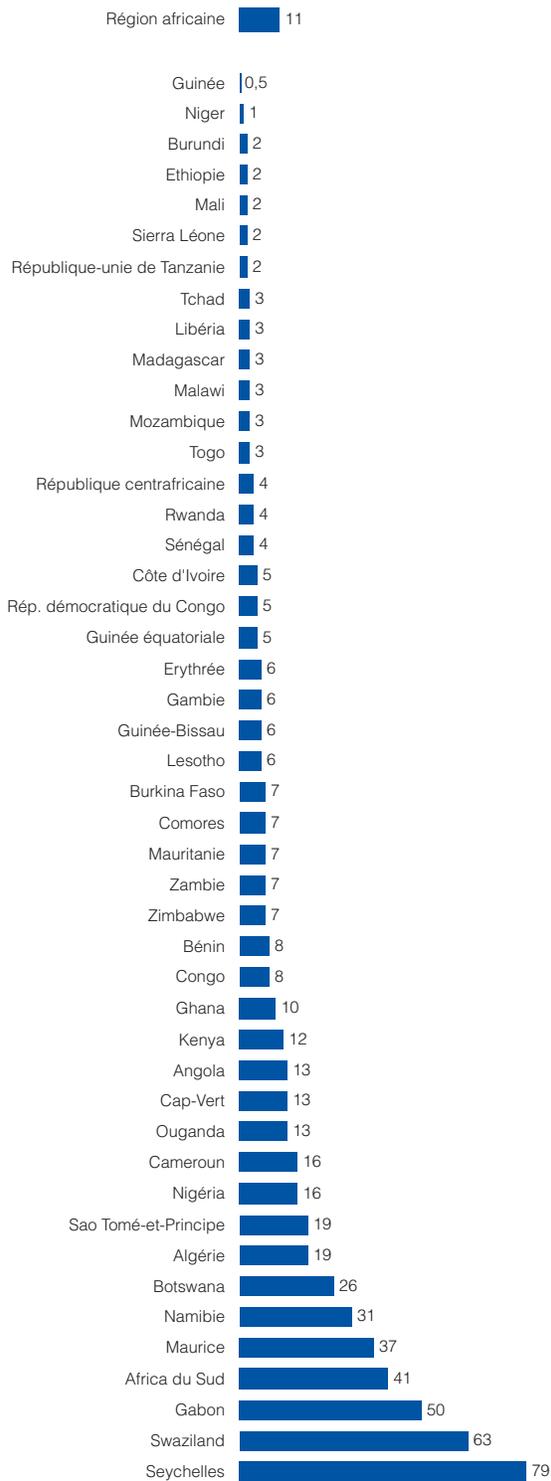


Figure 51: Ratio personnel infirmier et sage-femme-population (pour 10.000 habitants) dans la Région africaine, par pays, 2000-2009

Produits médicaux et équipement

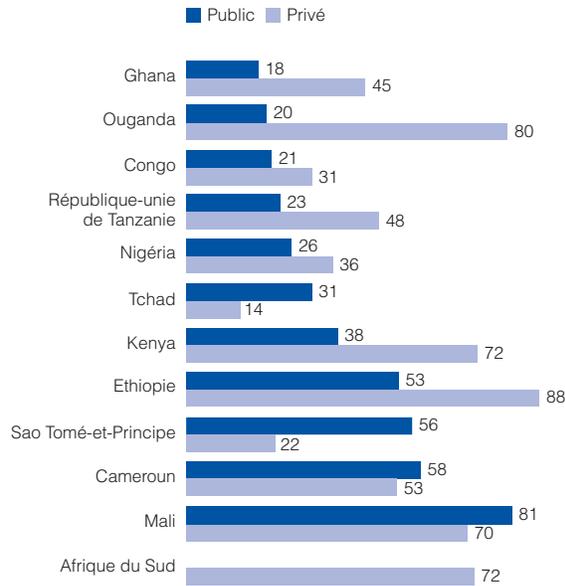


Figure 52: Pourcentage de la disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans un échantillon de structures de santé dans la Région africaine, pays ayant des données en 2001-2008

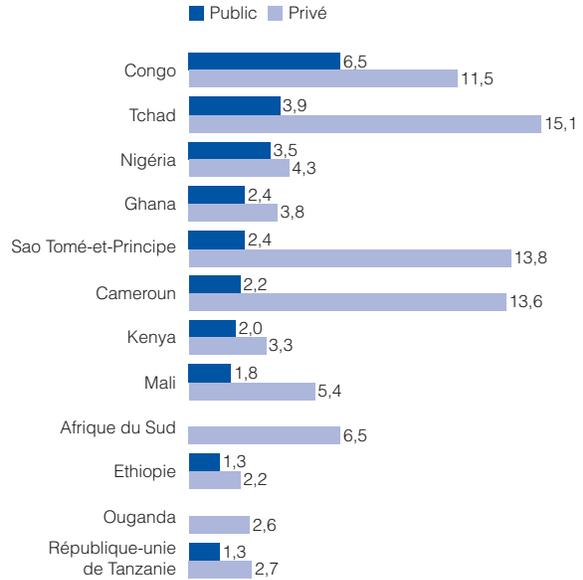


Figure 53: Prix médian à la consommation de certains médicaments génériques (rapport entre le prix local unitaire moyen et le prix de référence dans la gestion des sciences pour la santé internationale), pays disposant de données, de 2001 à 2008.

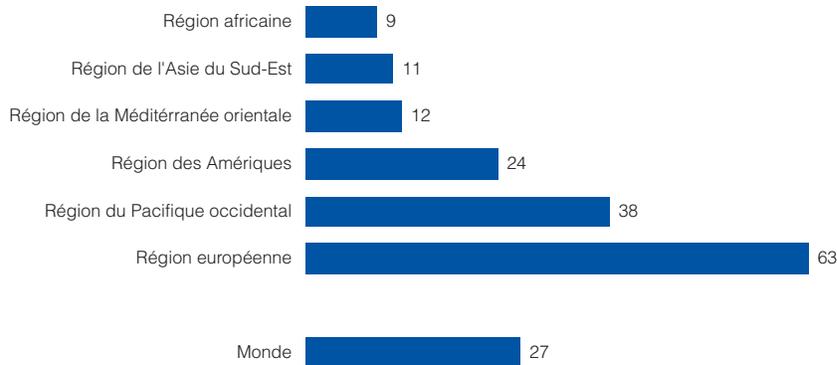


Figure 54: Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants dans les Régions de l'OMS, 2000-2009

2 Le système de santé

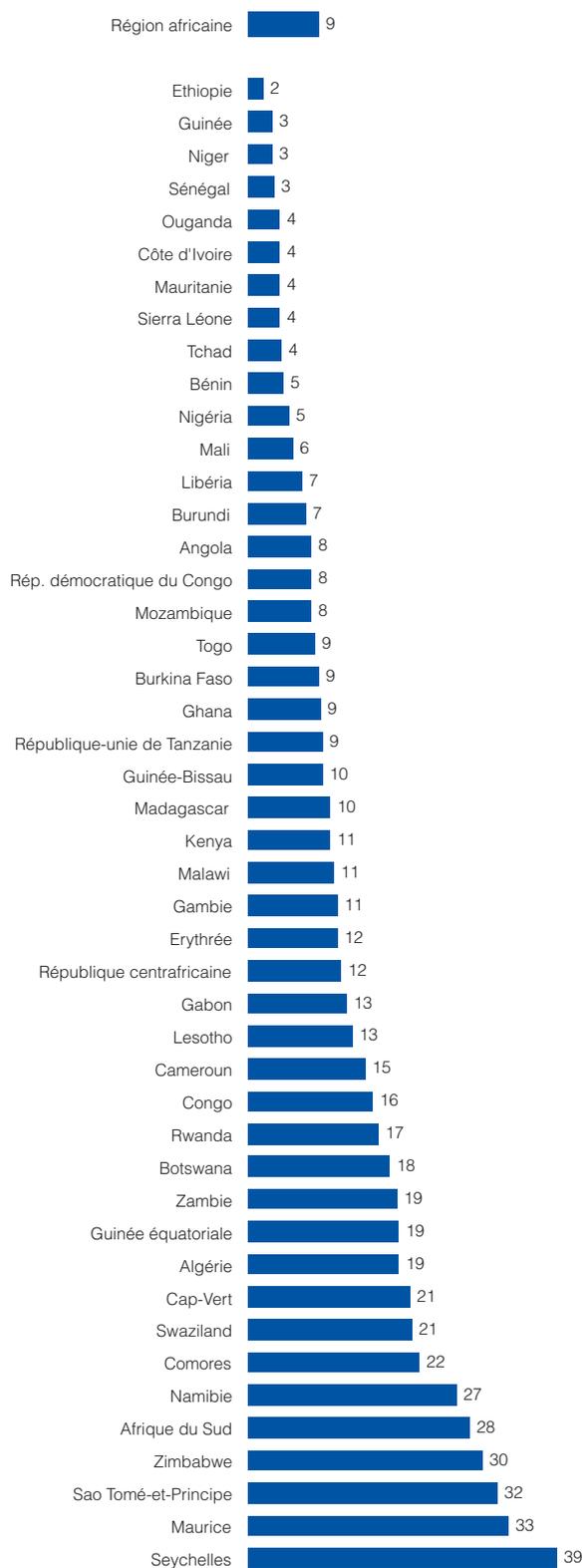


Figure 55: Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants dans la Région africaine, par pays, 2000-2009

Information sanitaire - Couverture par l'enregistrement des faits d'état civil

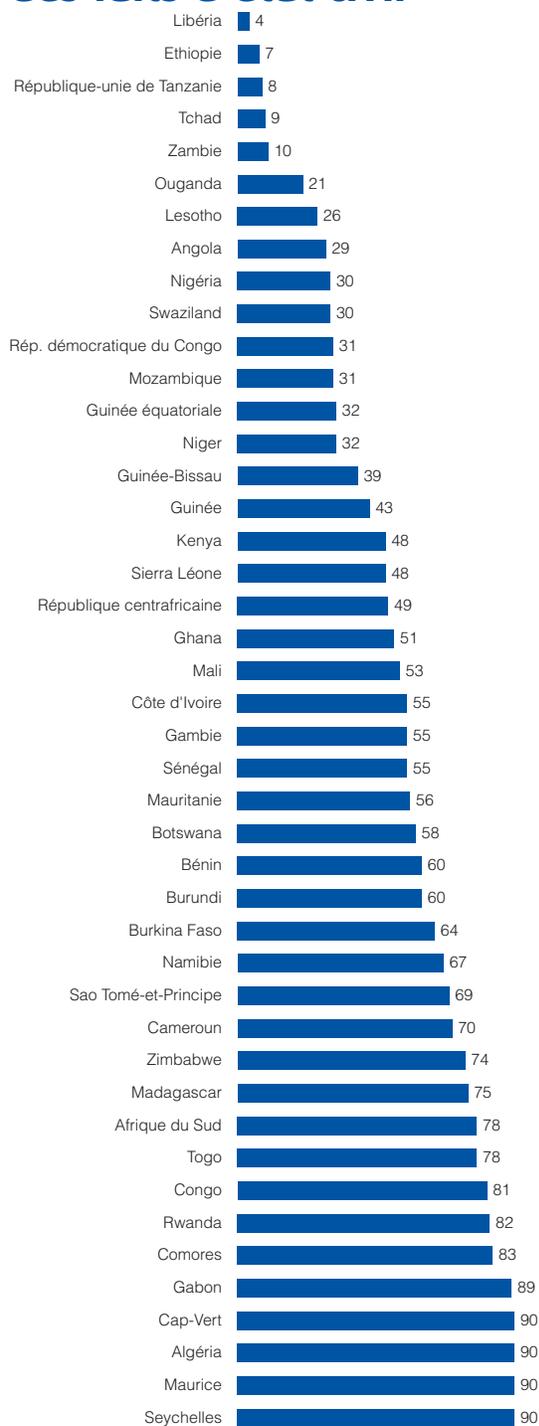


Figure 56: Pourcentage de la couverture des enregistrements des faits d'état civil (naissances) dans la Région africaine, par pays, 2000-2008

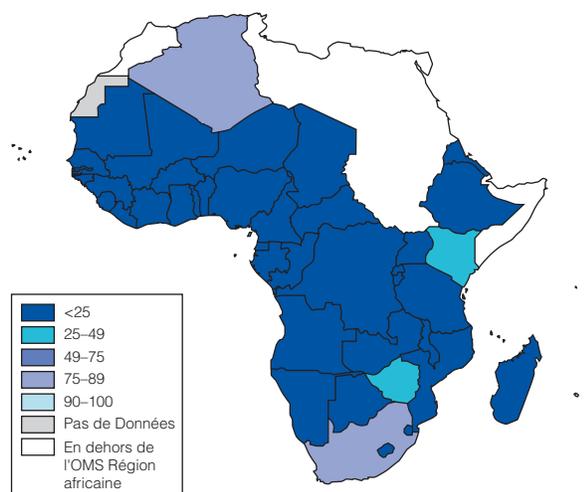


Figure 57: Pourcentage de la couverture des enregistrements des faits d'état civil (décès) dans la Région africaine, par pays, 2000-2008

2 Le système de santé

Recherche en Santé

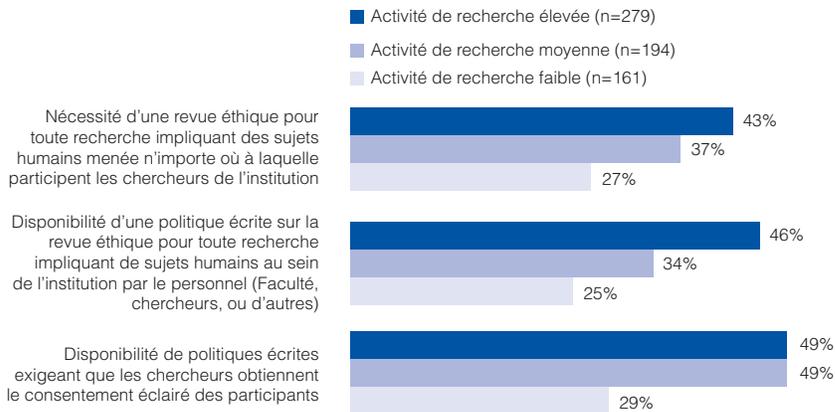


Figure 58: Niveau institutionnel des politiques de Recherche

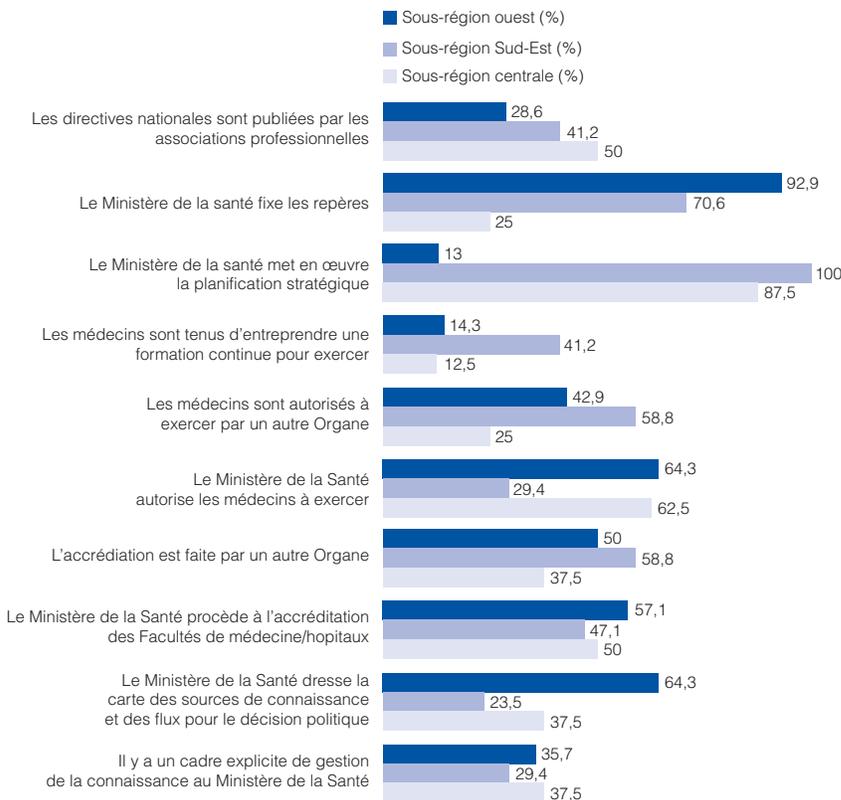


Figure 59: Rôle des Ministères de la Santé et autres Organes de mise en place et d'exécution des politiques centrales dans la Région africaine, comme pourcentage, 2007

3 Programmes spécifiques et Services

VIH/SIDA

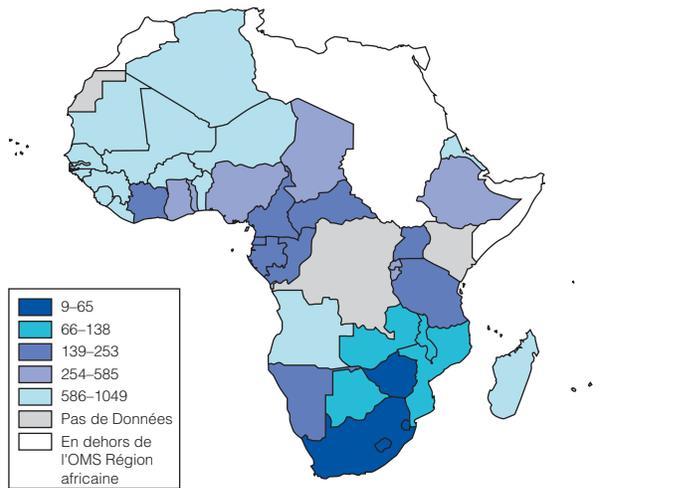


Figure 60: Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) dans la Région africaine, 2007

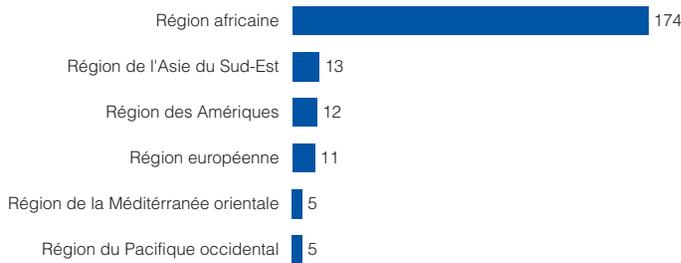


Figure 61: Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) dans les Régions de l'OMS, 2007

3 Programmes spécifiques et Services

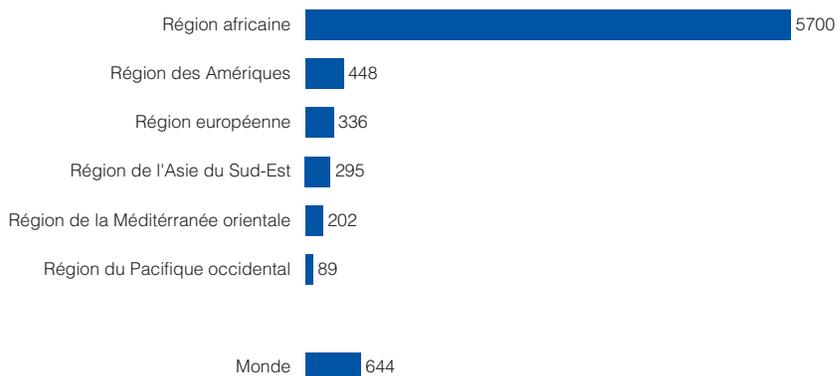


Figure 62: Prévalence du VIH (pour 100.000 habitants) chez les adultes de 15 ans et plus, Régions de l'OMS, 2007

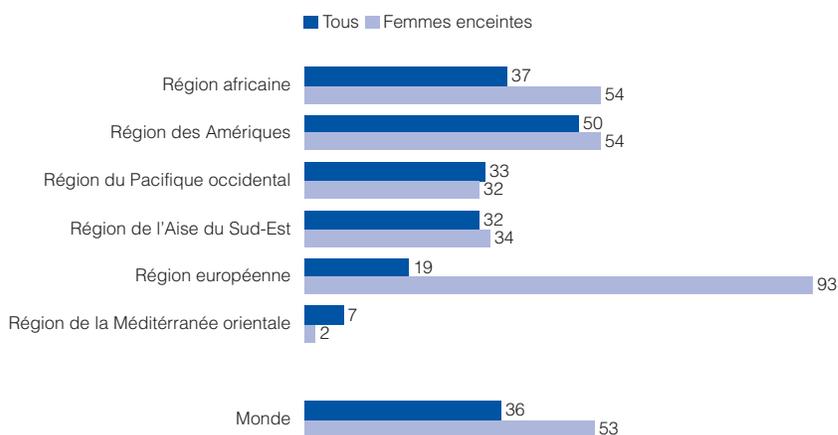


Figure 63: Pourcentage de la couverture par la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA nécessitant un traitement, Régions de l'OMS, 2007*

* Source: OMS / ONUSIDA / UNICEF - Vers l'accès universel: Mise à échelle des interventions prioritaires liées au VIH / SIDA dans le secteur de la santé - Rapport sur les progrès 2008.

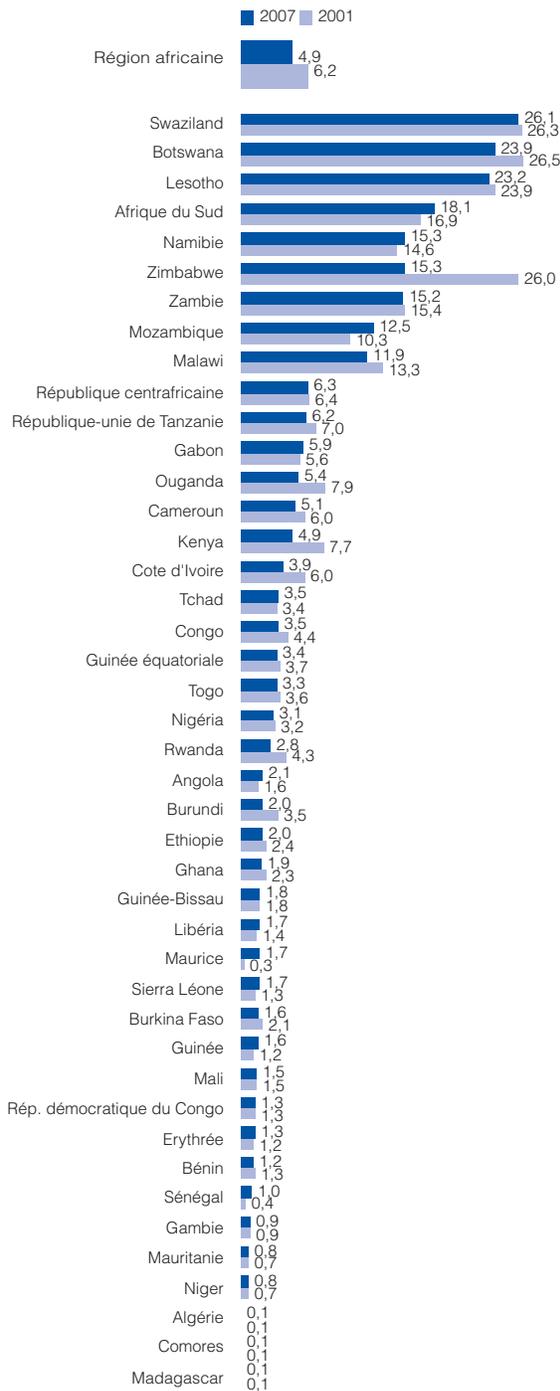


Figure 64: Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2001

*Source: OMS / ONUSIDA / UNICEF - Vers l'accès universel: Mise à échelle des interventions prioritaires liées au VIH / SIDA dans le secteur de la santé - Rapport sur les progrès 2008

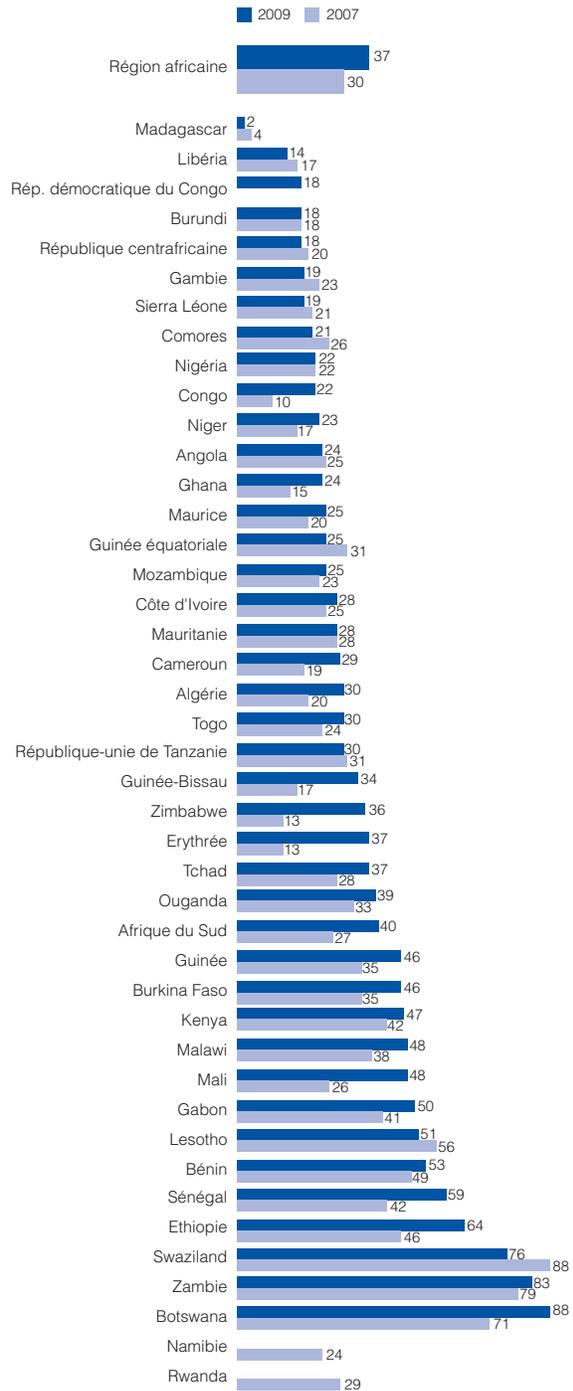


Figure 65: Pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral dans la Région africaine, par pays, 2009 et 2007*

3 Programmes spécifiques et Services

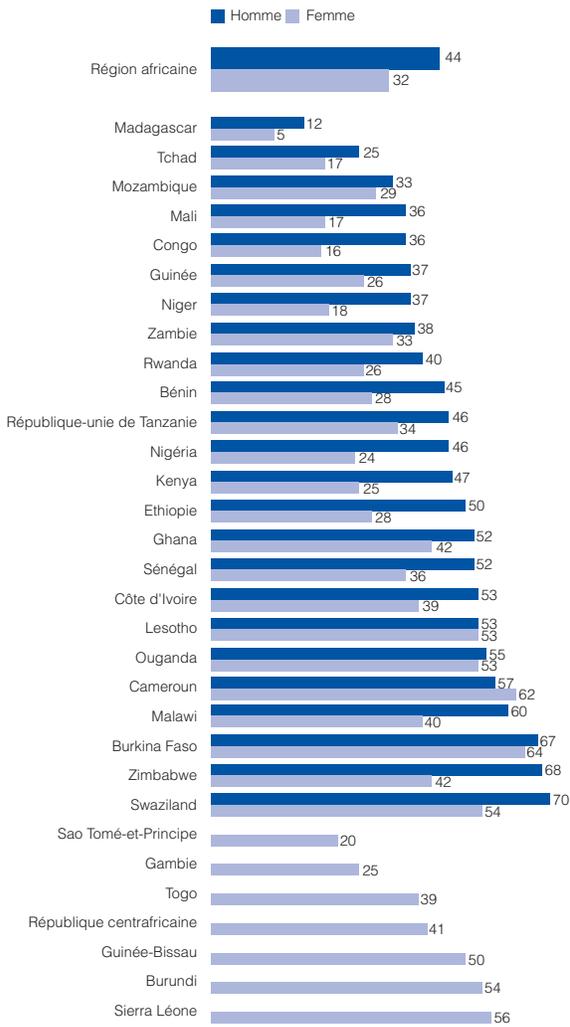


Figure 66: Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, Région africaine, 2002-2006*

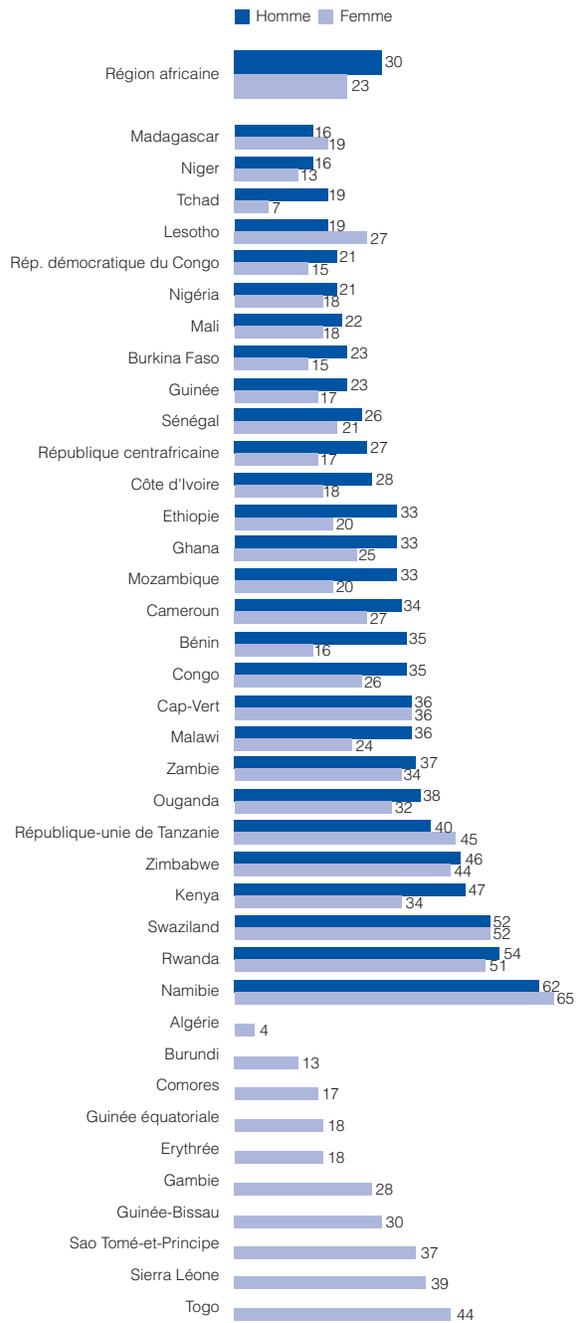


Figure 67: Proportion d'hommes et de femmes âgés de 15 et 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA

*Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

Tuberculose

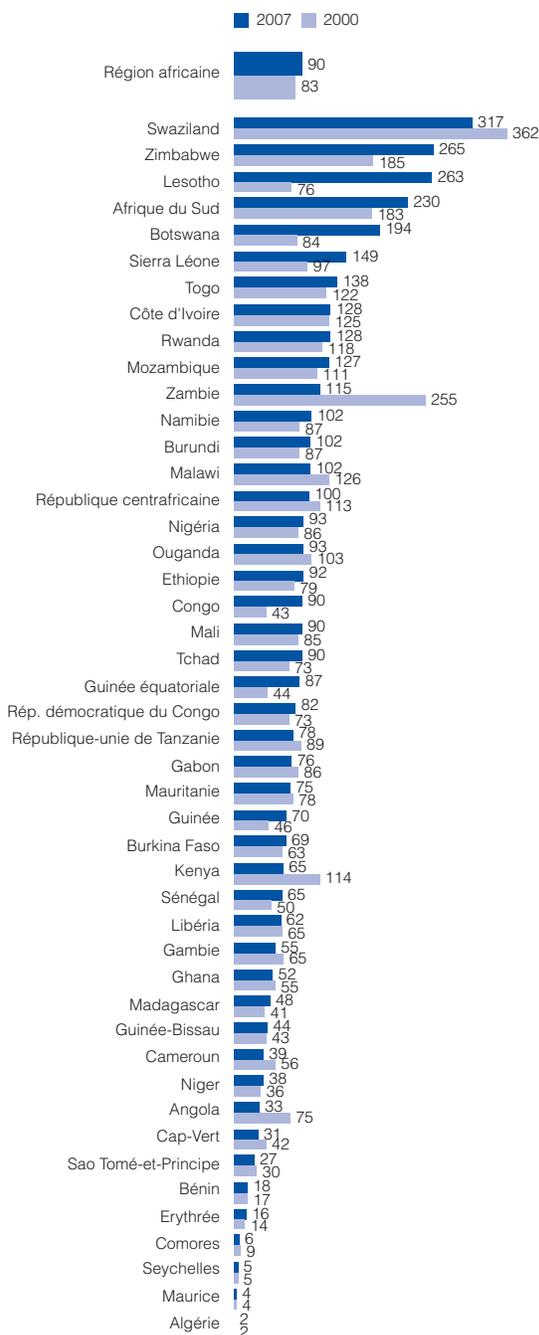


Figure 68: Taux de mortalité de la Tuberculose (pour 100.000 habitants par année) dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000*

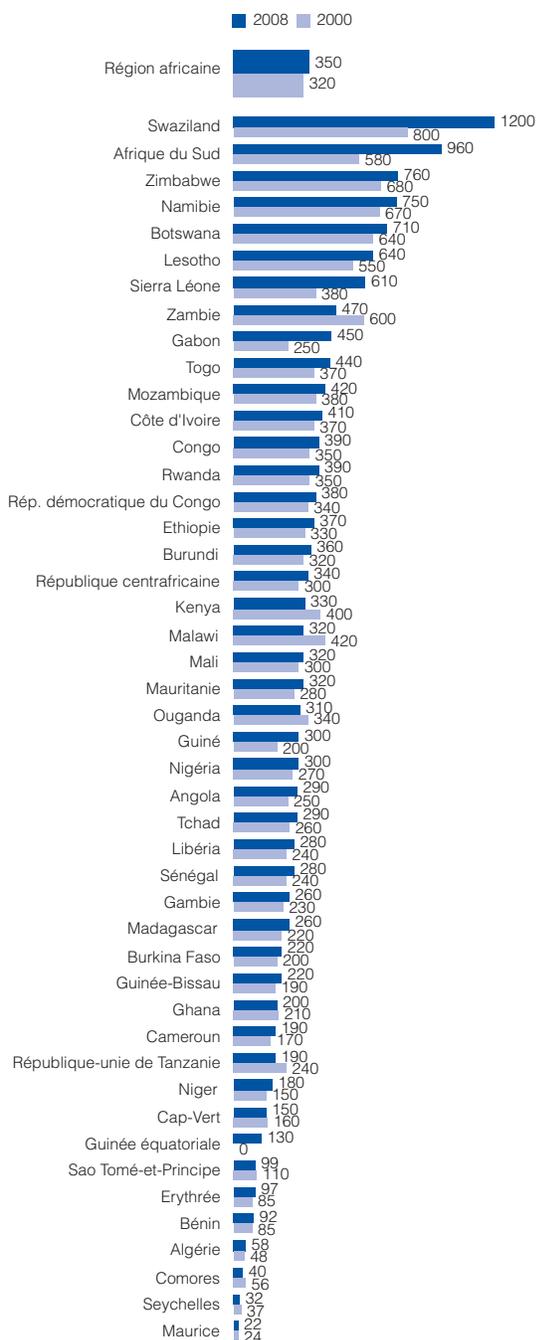
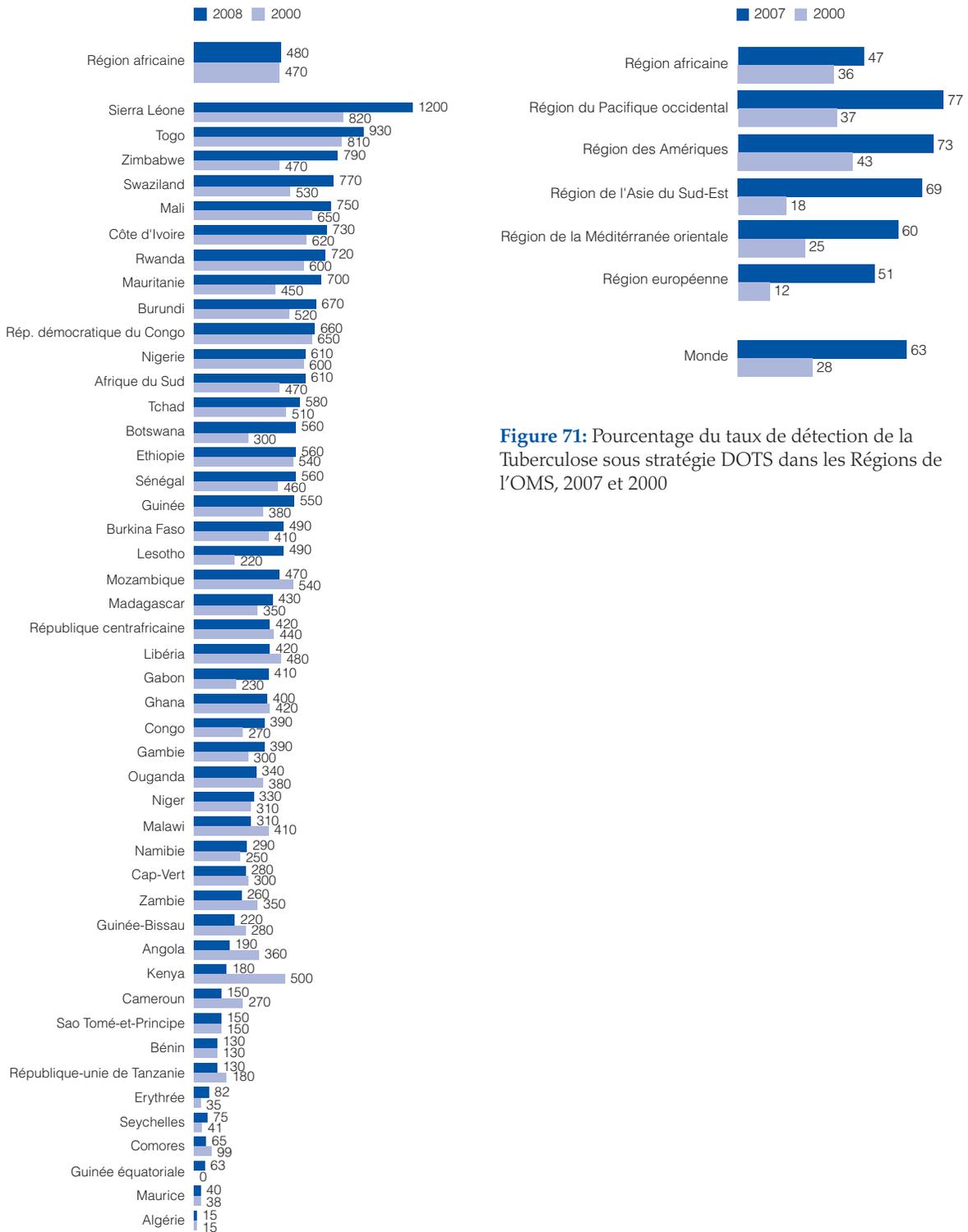


Figure 69: Taux d'incidence de la Tuberculose pour 100.000 habitants par année dans la Région africaine, par pays, 2008 et 2000*

*Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

3 Programmes spécifiques et Services



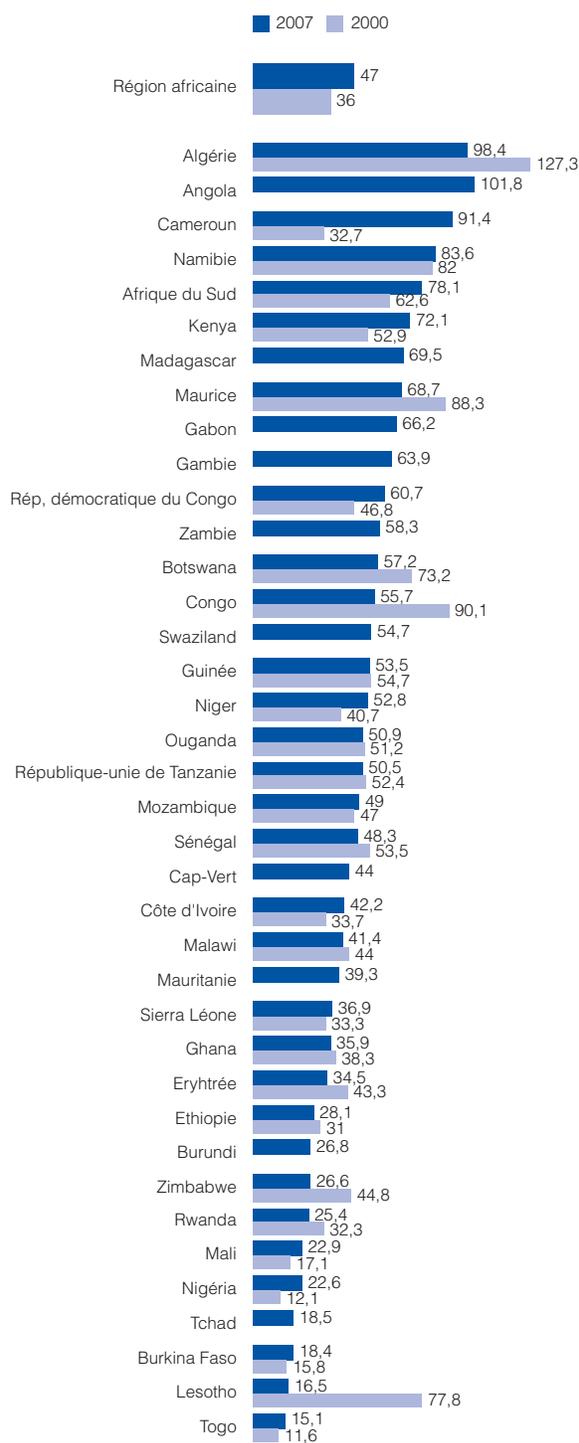


Figure 72: Pourcentage du taux de détection de la Tuberculose sous stratégie DOTS dans la Région africaine, par pays, 2007 et 2000

3 Programmes spécifiques et Services

Paludisme

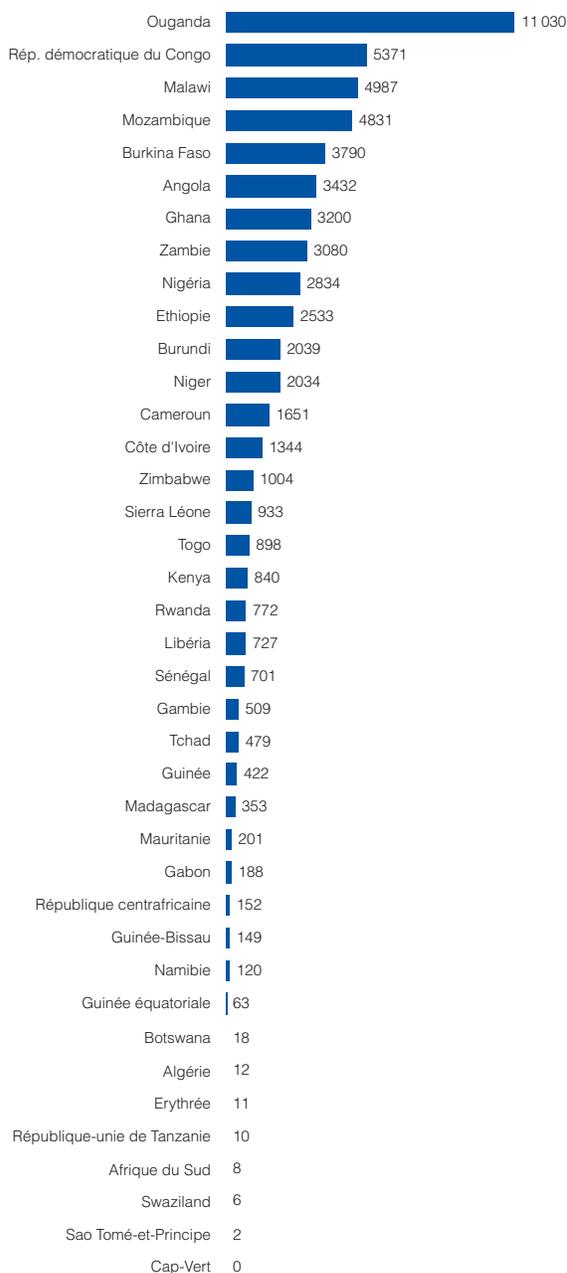


Figure 73: Cas de paludisme notifiés, en milliers, dans la Région africaine, par pays, 2008

*Source: Enquêtes MICS, MIS, DHS WHO/ Base de données AFRO, 2010

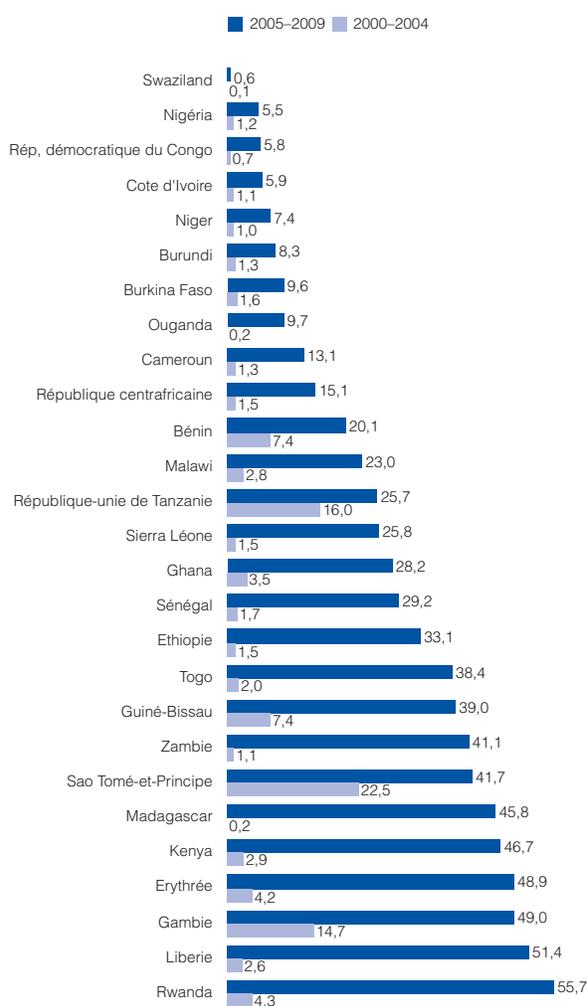


Figure 74: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la Région africaine, 2005-2009 et 2000-2004*

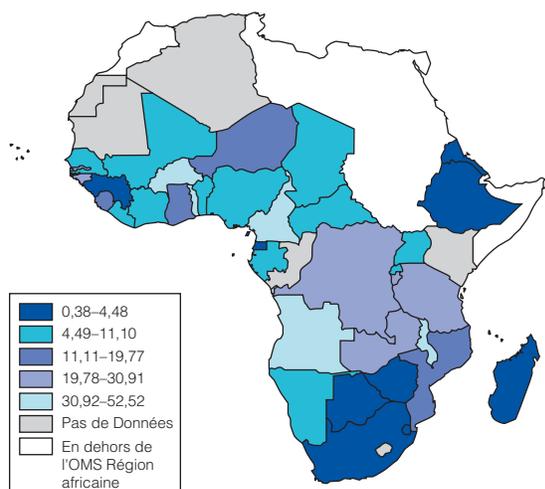


Figure 75: Taux de mortalité par paludisme pour 100.000 habitants dans la Région africaine, 2008

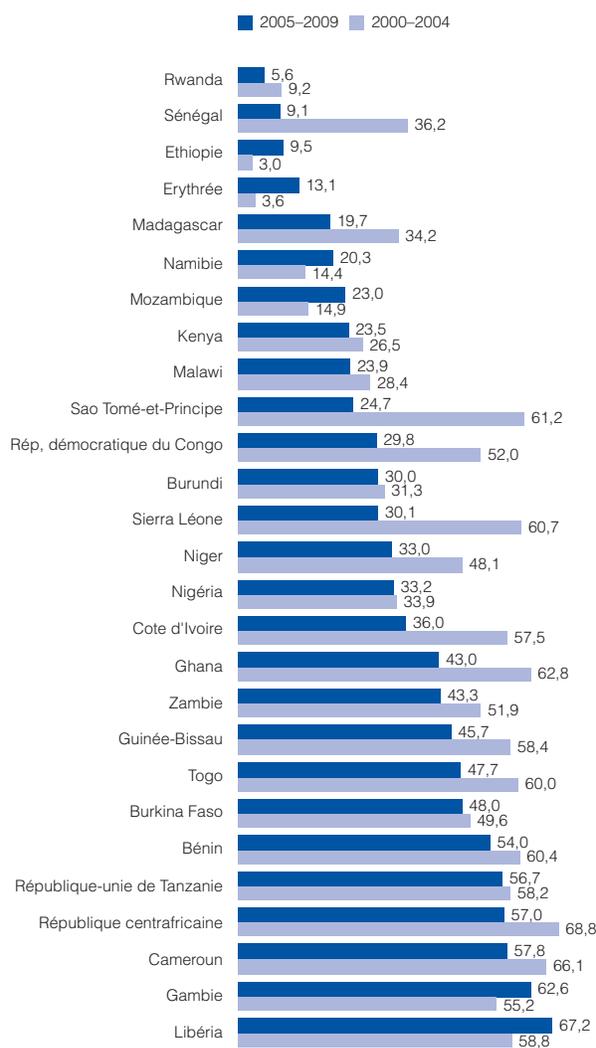


Figure 76: Proportion d'enfants de moins de 5 ans févreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque dans la Région africaine, par pays, 2005-2009 et 2000-2004

Maladies évitables par la vaccination

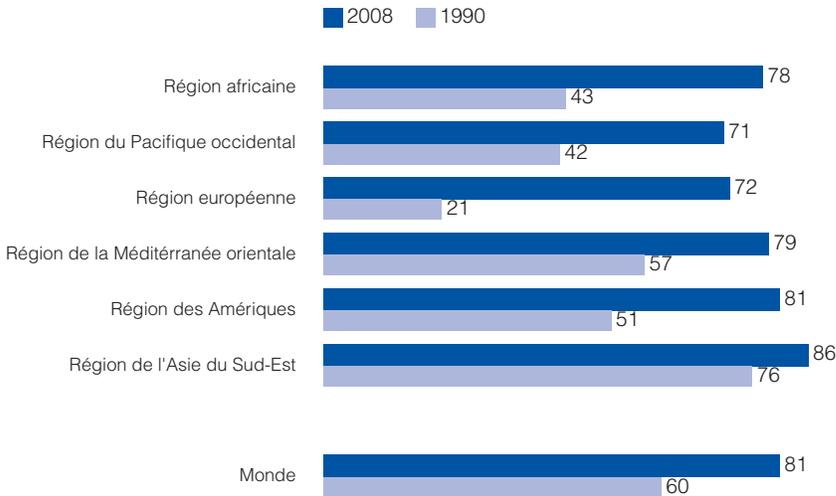


Figure 77: Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

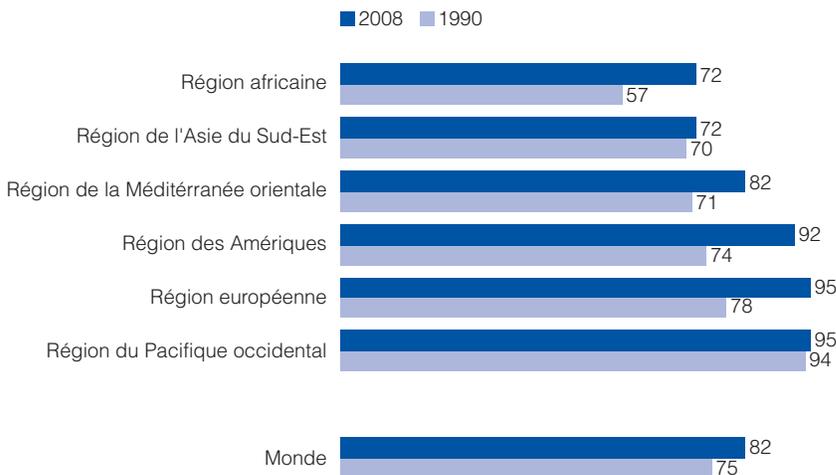


Figure 78: Pourcentage de la couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

Maladies évitables par la vaccination

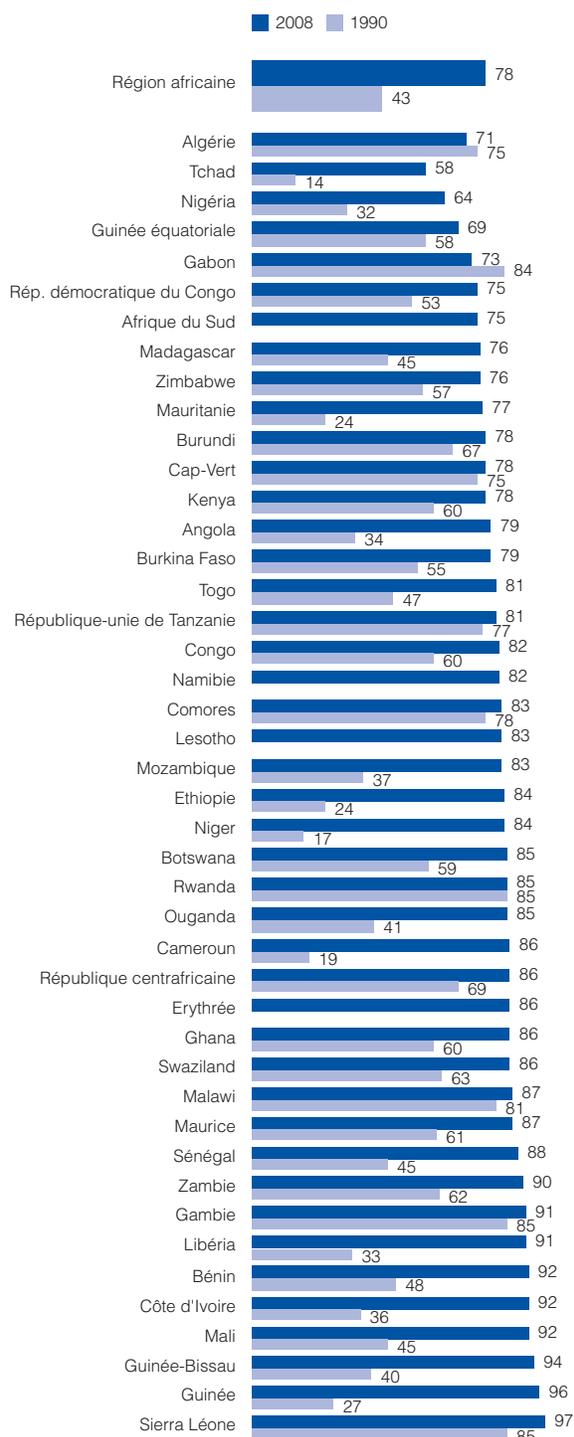


Figure 79: Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal dans la Région africaine, par pays, 2008 et 1990

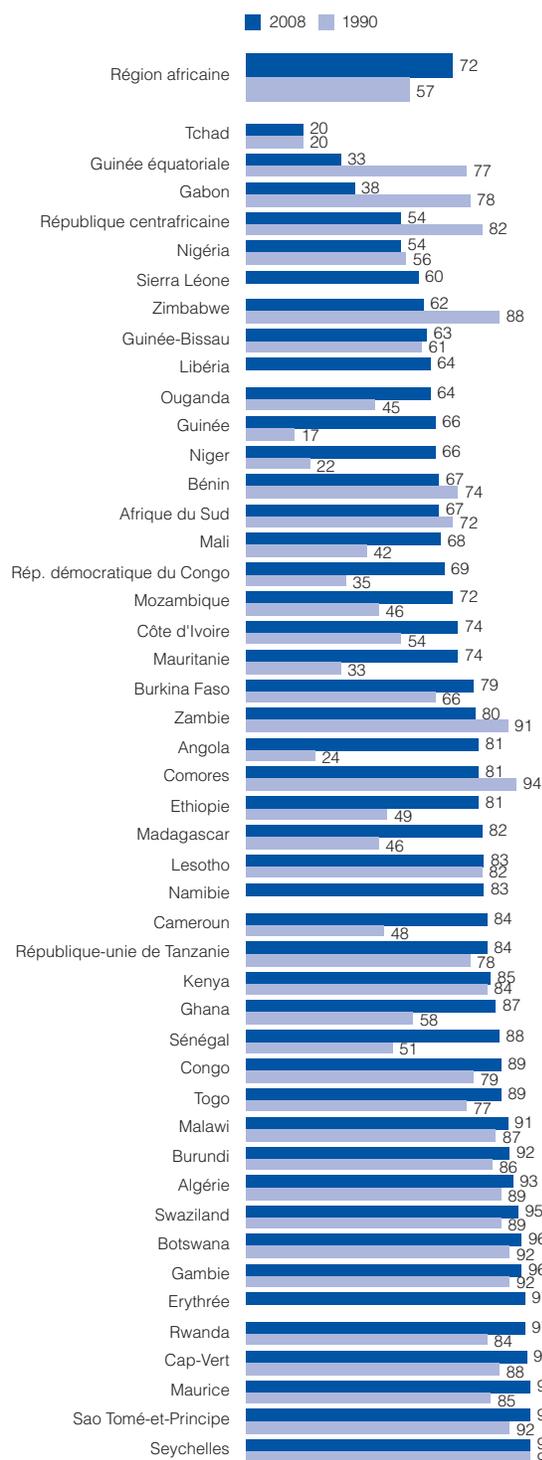


Figure 80: Pourcentage de la couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990.

3 Programmes spécifiques et Services

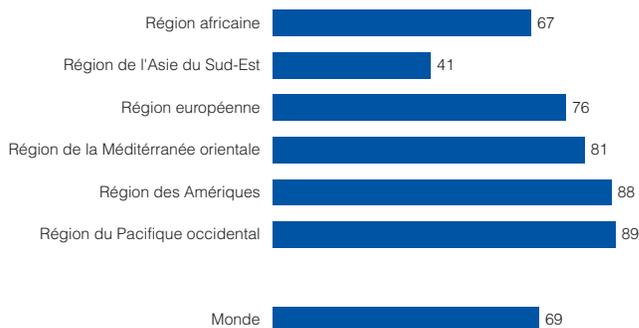


Figure 81: Couverture vaccinale de HepB3 chez les enfants âgés d'un an dans les Régions de l'OMS, 2008

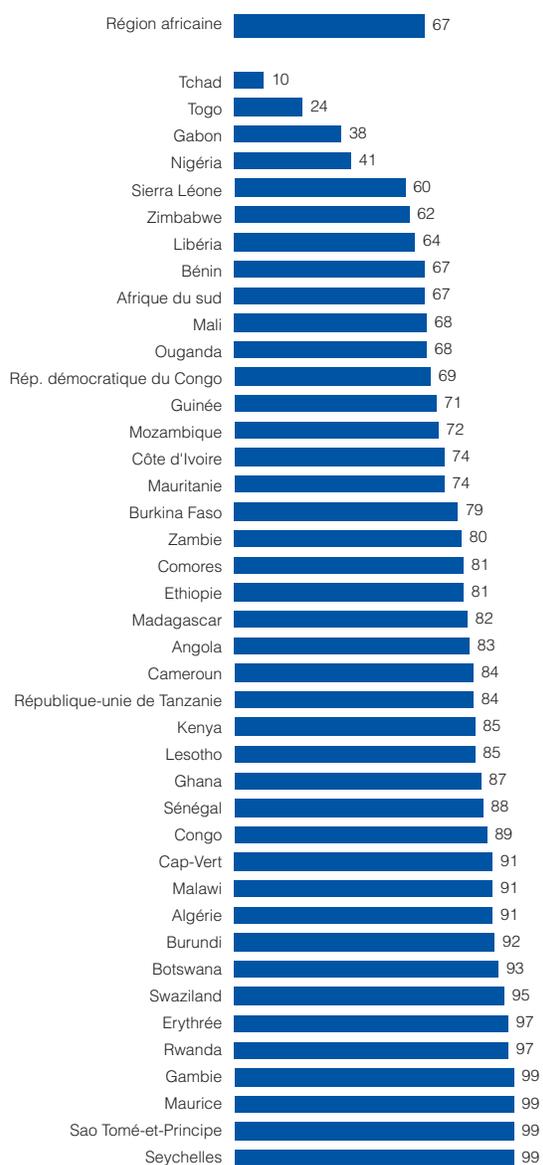


Figure 82: Couverture vaccinale de HepB3 chez les enfants âgés d'un an dans les pays de la Région africaine, 2008.

Santé de l'enfant et de l'adolescent

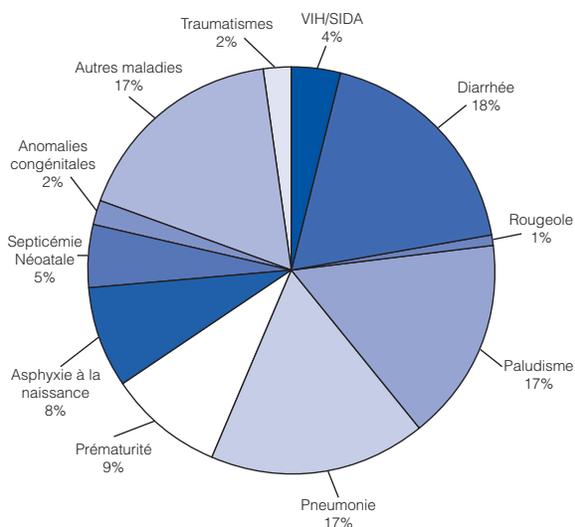


Figure 83: Répartition des causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2008

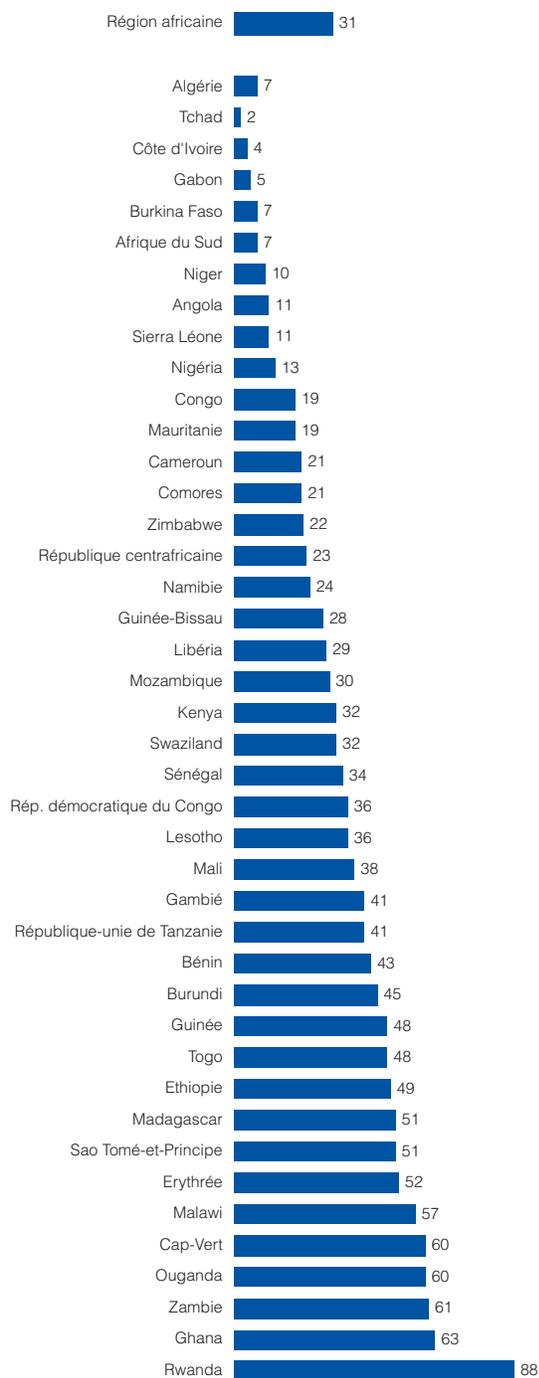


Figure 85: Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein dans les six premiers mois de vie dans la Région africaine, par pays, 2000-2009

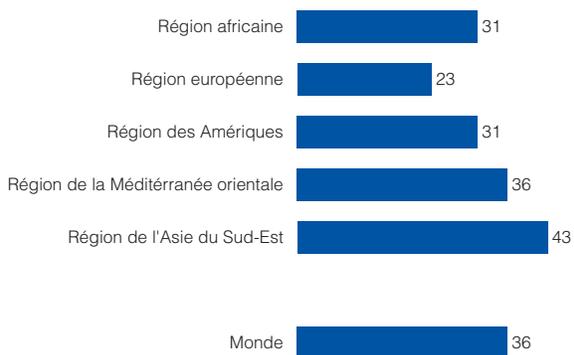


Figure 84: Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein dans les six premiers mois de vie dans les Régions de l'OMS, 2000-2009

Santé de la mère et du nouveau-né

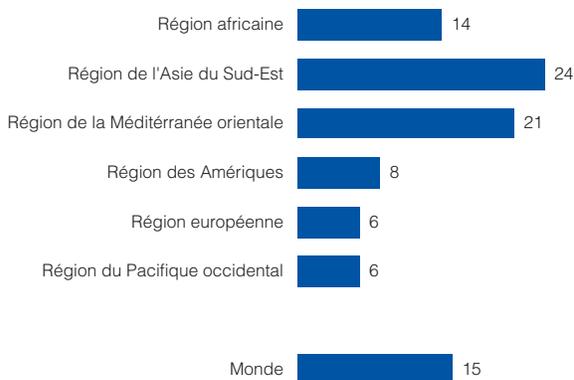


Figure 86: Pourcentage de petit poids à la naissance dans les Régions de l'OMS, 2000-2008

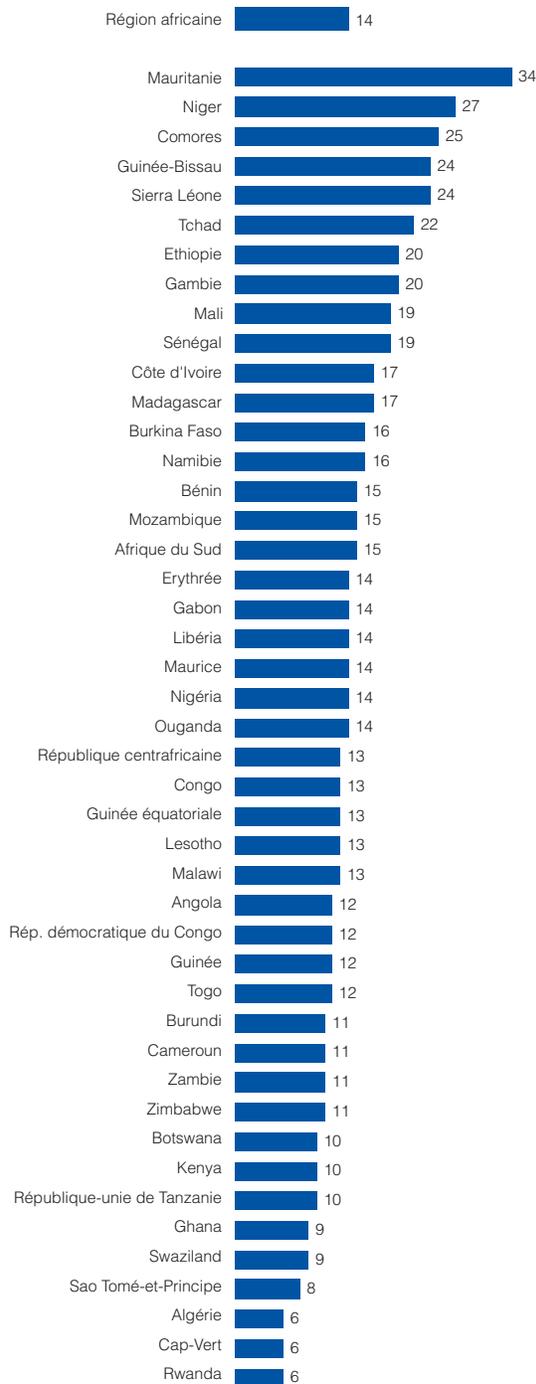


Figure 87: Pourcentage de petit poids à la naissance dans les pays de la Région africaine, 2000-2008

Santé de la mère et du nouveau-né

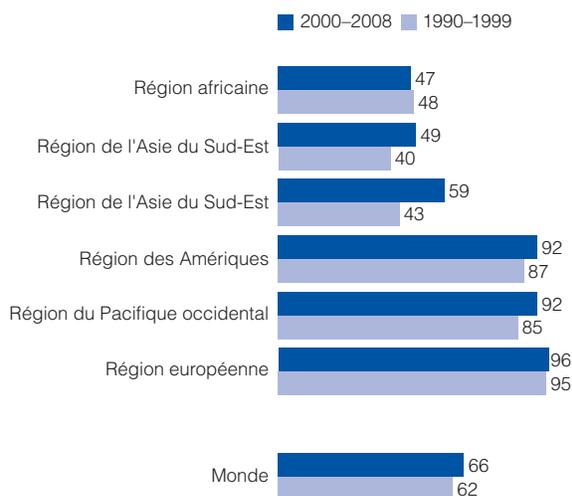


Figure 88: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans les Régions de l'OMS, 2000-2008 et 1990-1999

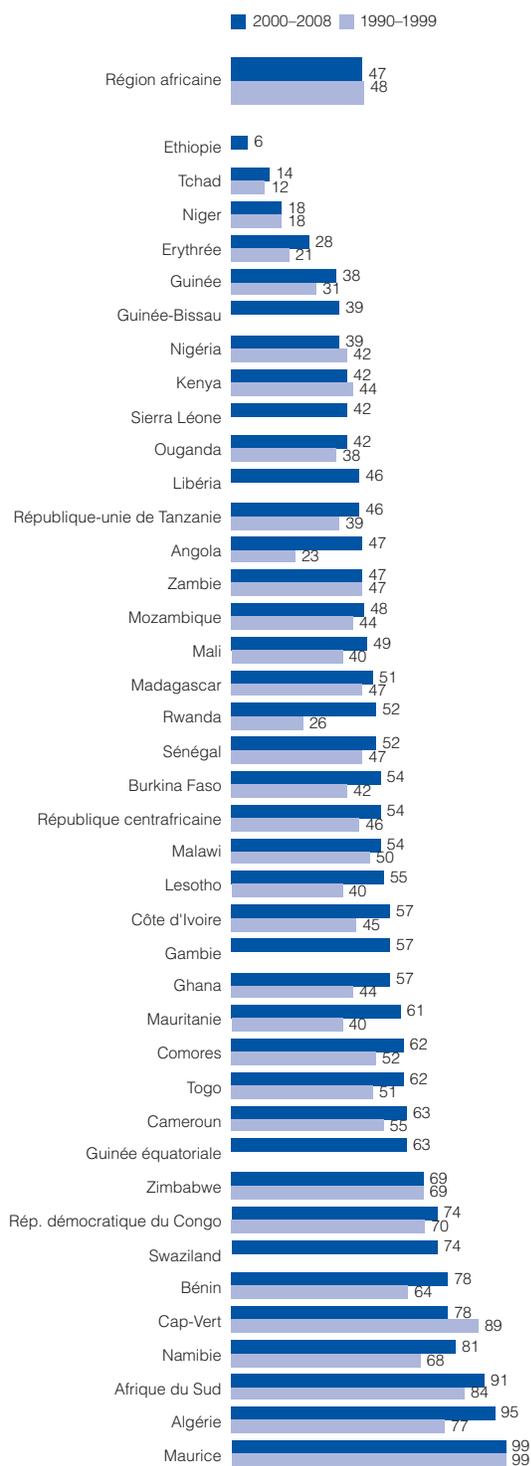


Figure 90: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans les pays de la Région africaine, 2000-2008 et 1990-1999

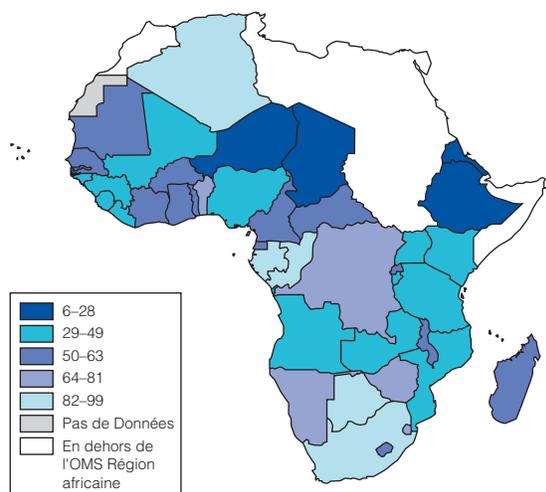


Figure 89: Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié dans la Région africaine, 2000-2008

3 Programmes spécifiques et Services

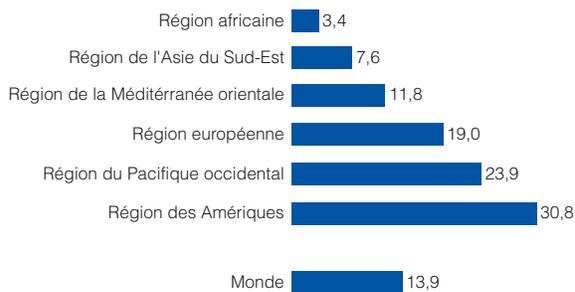


Figure 91: Pourcentage de naissances par césarienne dans les Régions de l'OMS, 2000-2008

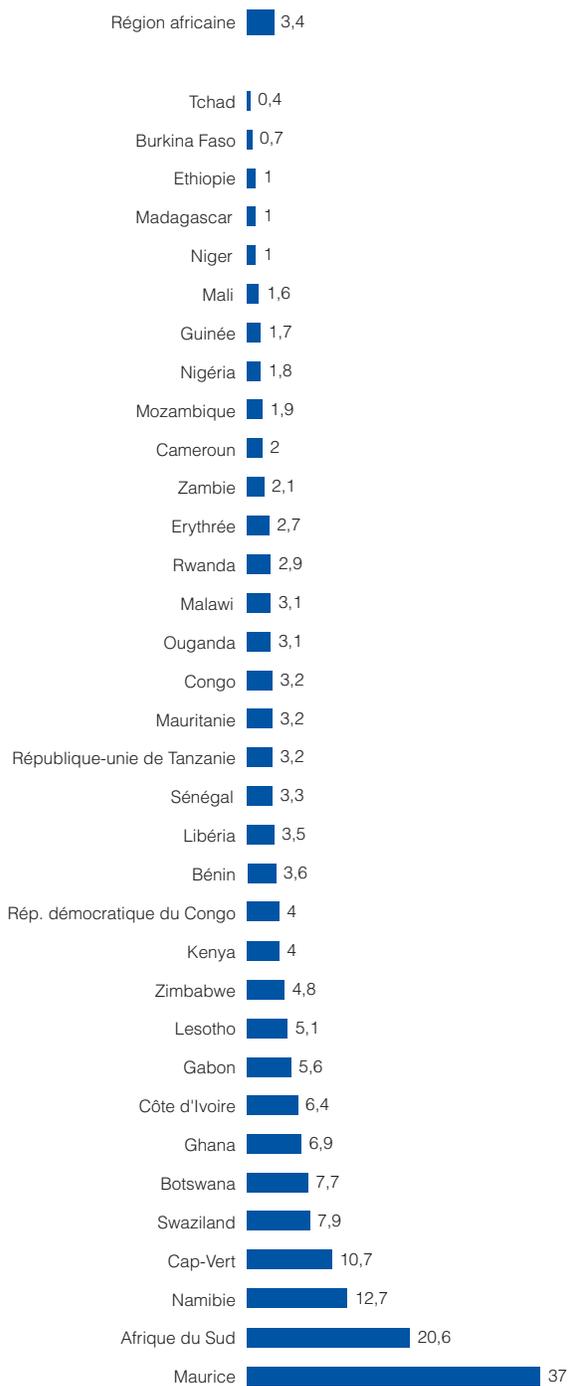


Figure 92: Pourcentage de naissances par césarienne dans les pays de la Région africaine, 2000-2008

Santé de la mère et du nouveau-né

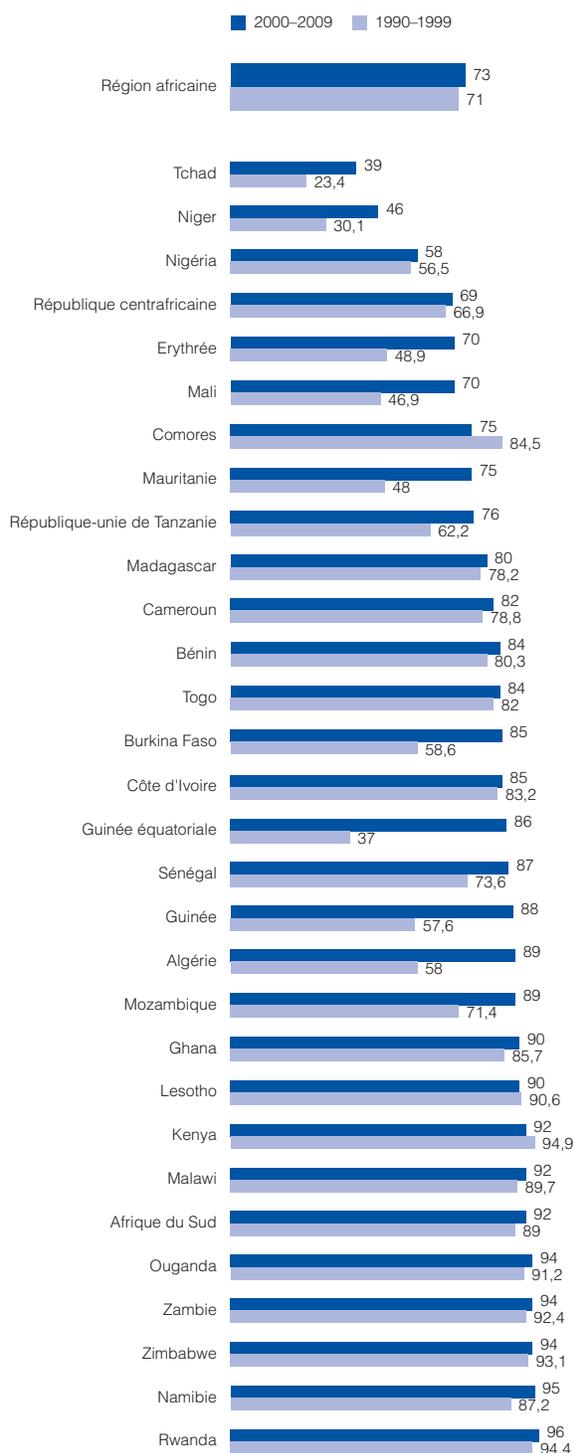


Figure 93: Pourcentage de la couverture par les soins anténataux, au moins une visite, dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999

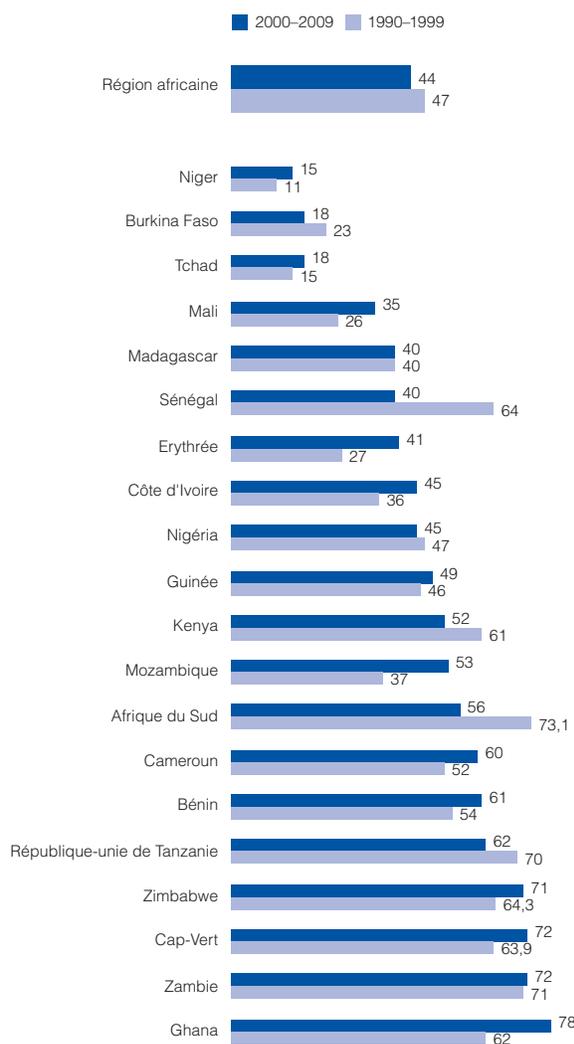


Figure 94: Pourcentage de la couverture par les soins anténataux, au moins quatre visites, dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999

Santé familiale et génésique

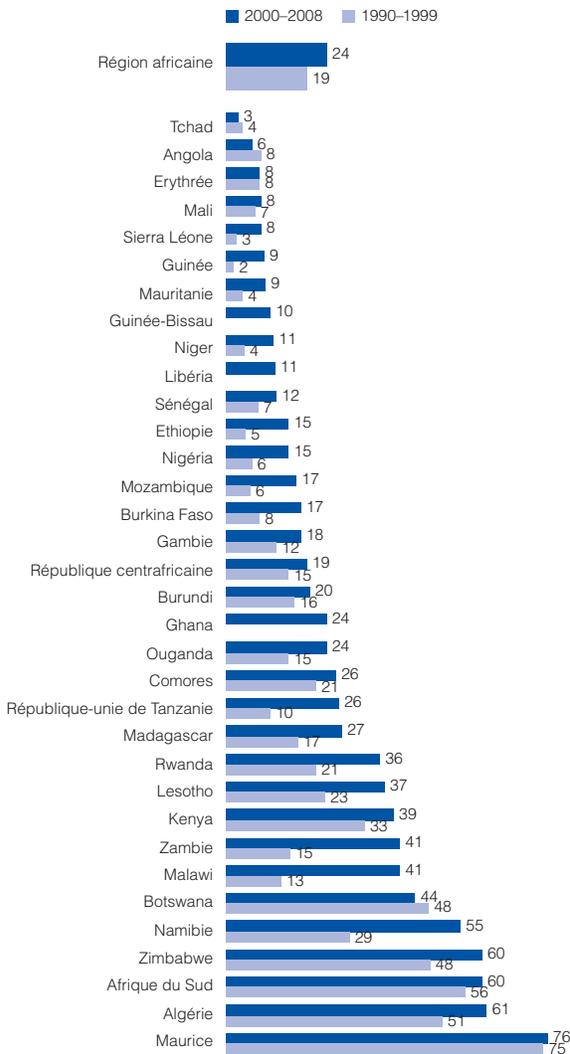


Figure 95: Prévalence de la contraception (quelle que soit la méthode) chez les femmes mariées de 15-49 ans dans les pays de la Région africaine, 2000-2008 et 1990-1999

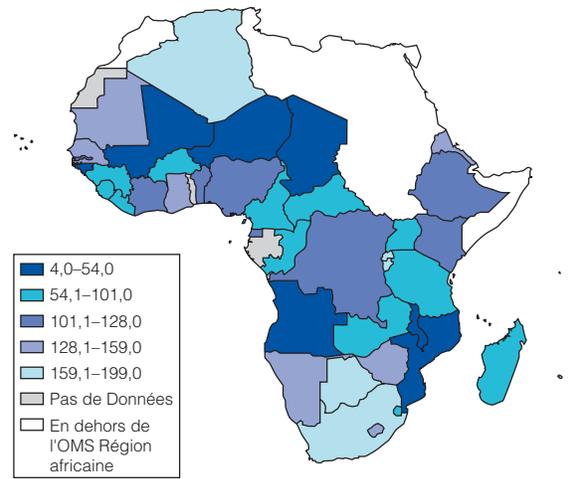


Figure 96: Taux de fécondité des adolescentes (pour 1.000 adolescentes de 15 à 19 ans) dans la Région africaine, 2000-2007

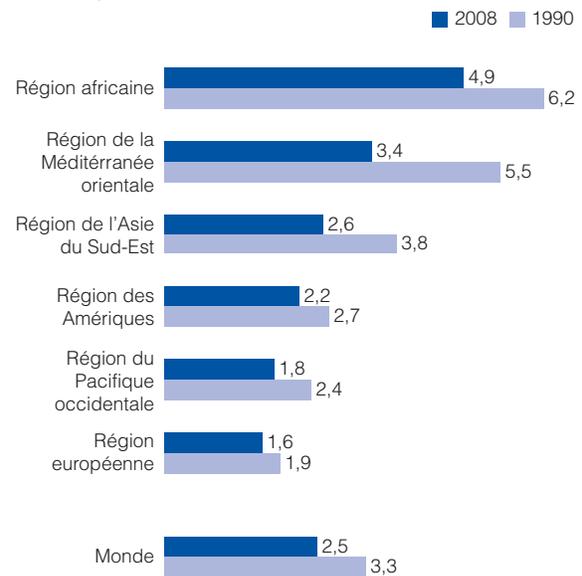


Figure 97: Indice synthétique de fécondité (par femme) dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

*Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union qui utilisent, ou dont le partenaire sexuel utilise couramment au moins une méthode contraceptive, quel que soit la méthode. Pour les détails, voir les indicateurs de santé reproductive: Directives pour leur production, interprétation et analyse pour le suivi mondial. Genève: OMS, 2006 (disponible en anglais à) <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>.

Maladies tropicales négligées

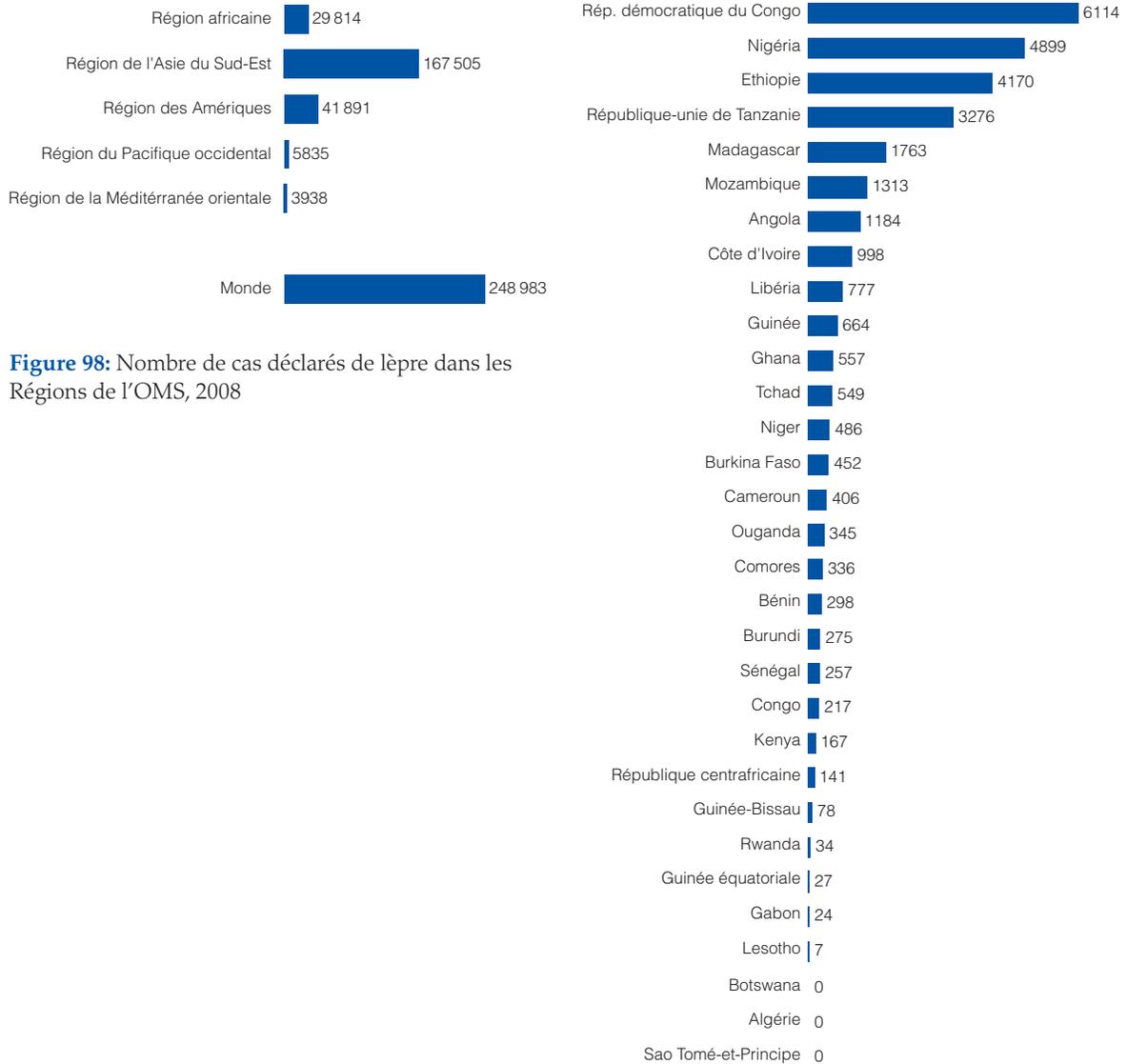


Figure 98: Nombre de cas déclarés de lèpre dans les Régions de l'OMS, 2008

Figure 99: Nombre de cas déclarés de lèpre dans les pays de la Région africaine, 2008

Maladies non transmissibles

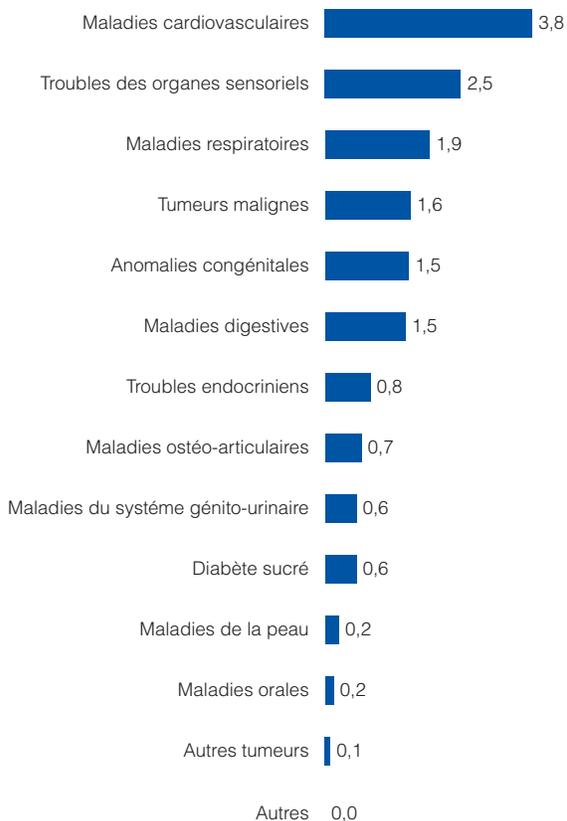


Figure 100: Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies non transmissibles (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004

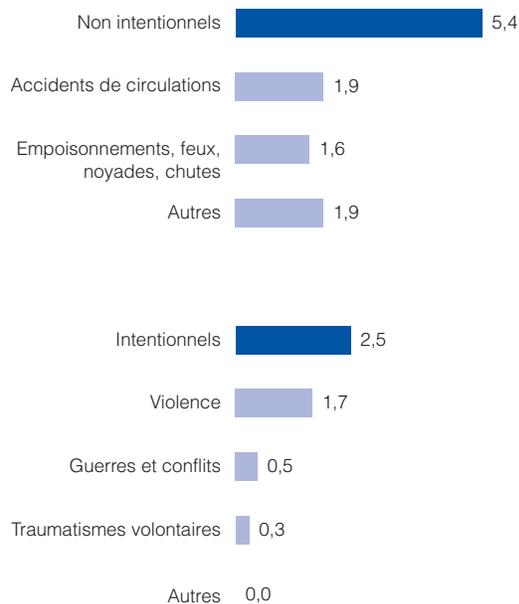


Figure 101: Distribution des causes de traumatismes intentionnels et non-intentionnels (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004

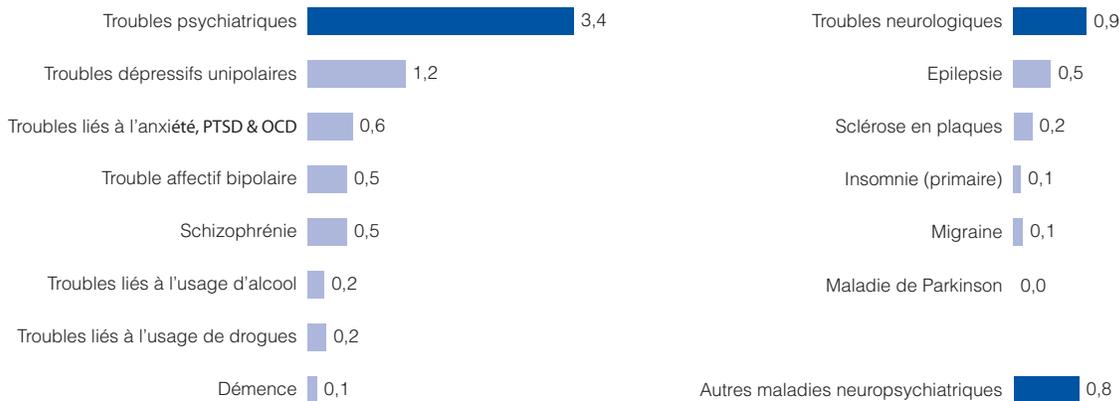


Figure 102: Distribution des causes de la charge de morbidité des maladies neuropsychiatriques (% du total des AVCIs) dans la Région africaine, 2004

Facteurs de Risque pour la santé

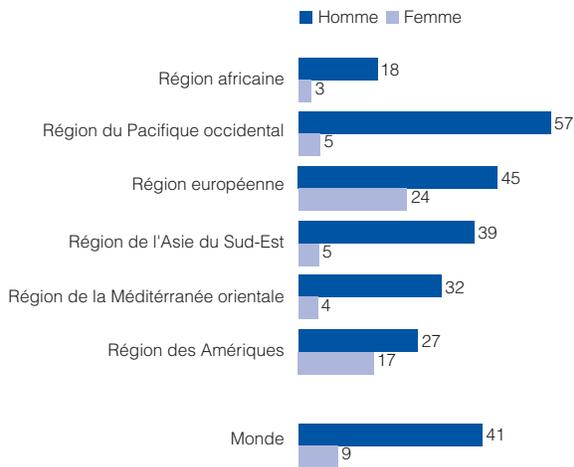


Figure 103: Pourcentage de l'usage actuel du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus dans les Régions de l'OMS, 2006

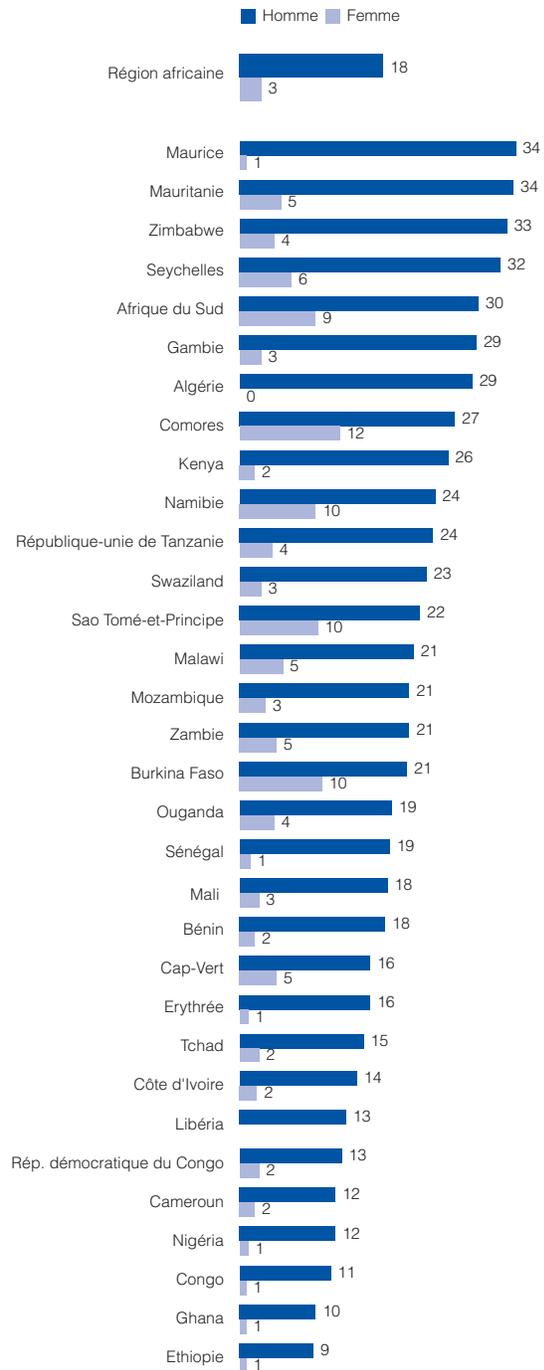


Figure 104: Pourcentage de l'usage actuel du tabac chez les personnes de 15 ans ou plus dans les pays de la Région africaine, par sexe, 2006

3 Programmes spécifiques et Services

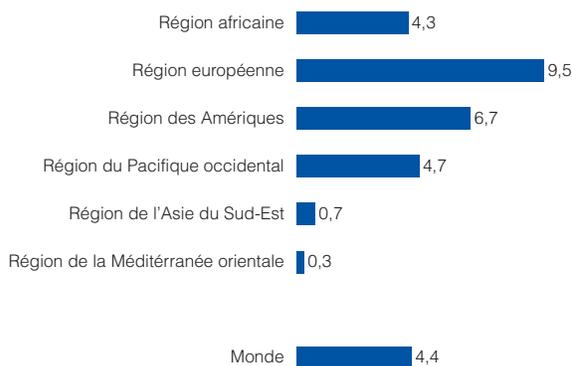


Figure 105: Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par personne et par an) dans les Régions de l'OMS, 2005

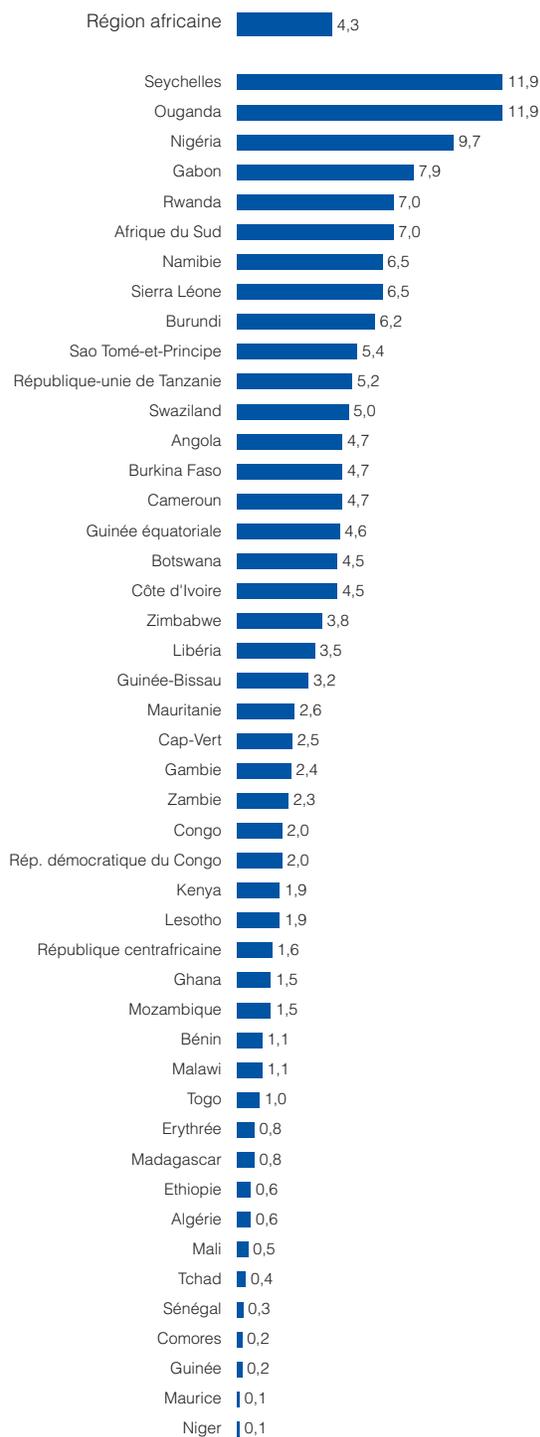


Figure 106: Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par personne et par an) dans les pays de la Région africaine, 2005

Alimentation et nutrition

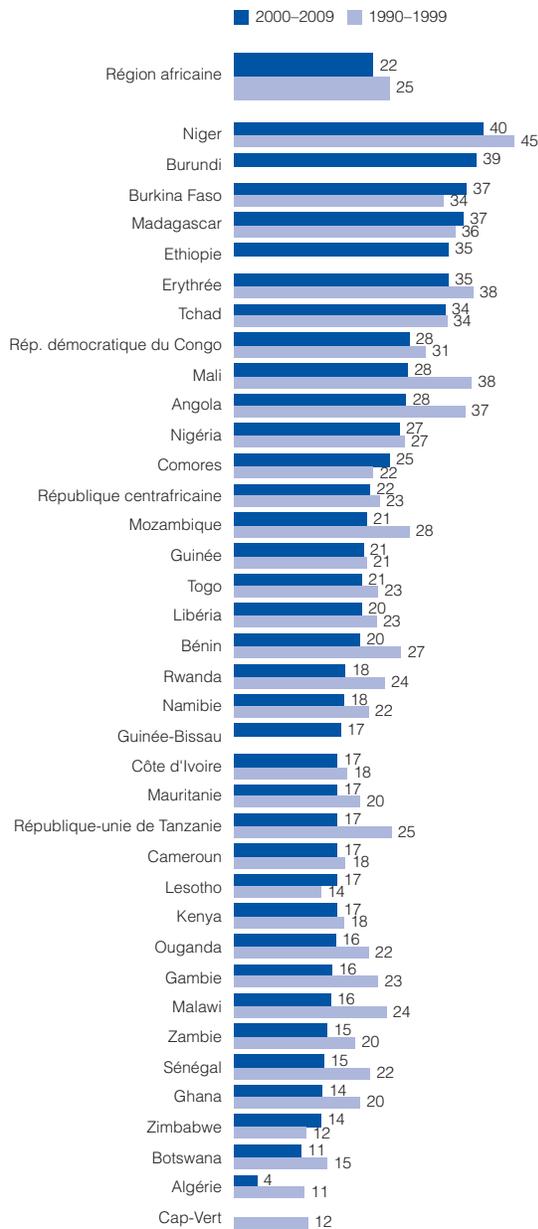


Figure 107: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999

*Le pourcentage d'enfants en déficit pondéral représente le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont l'indice poids pour âge est inférieur à moins de deux écarts-types de la médiane de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS. Le pourcentage d'enfants en retard de croissance représente le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont l'indice taille pour âge est inférieure à moins deux écarts-types de la médiane de référence du NCHS/OMS.

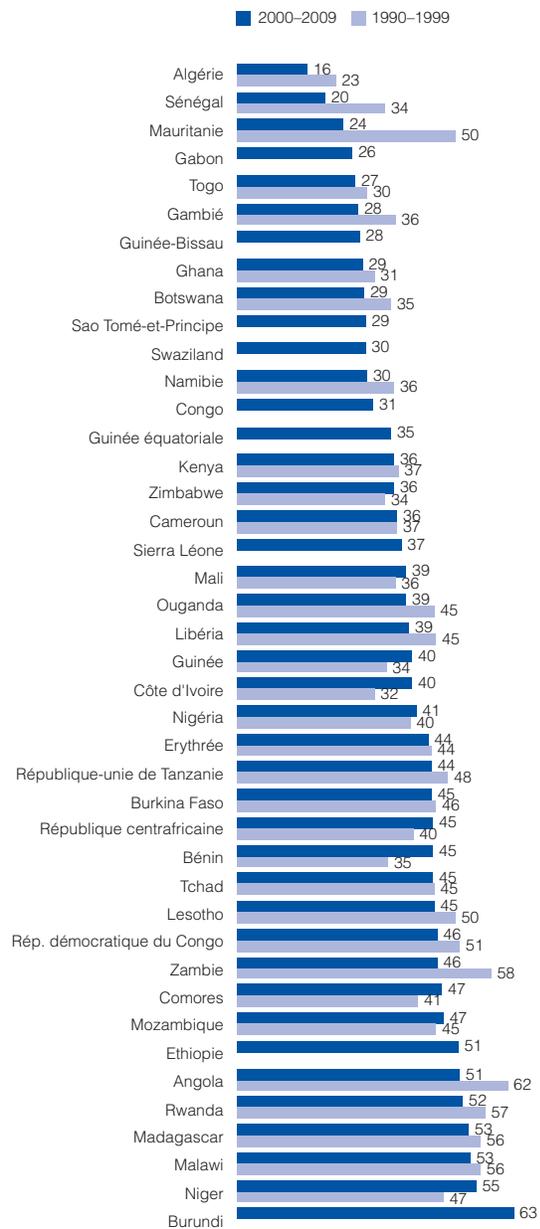


Figure 108: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999

3 Programmes spécifiques et Services

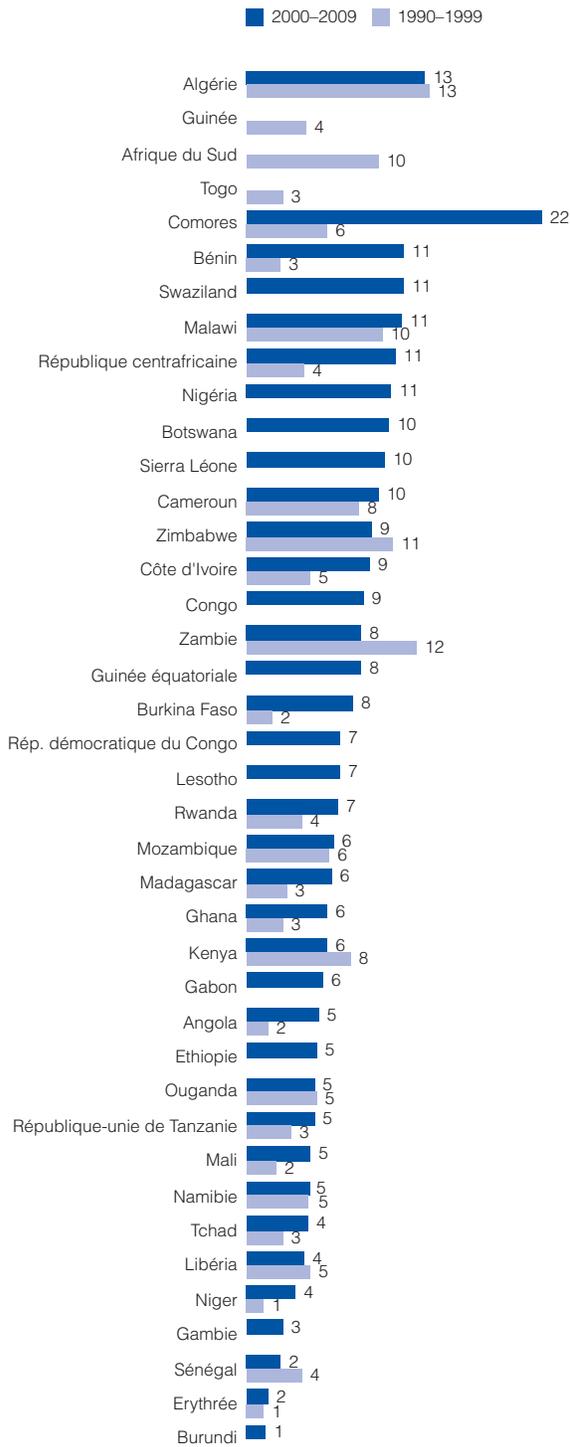


Figure 109: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un excès pondéral dans les pays de la Région africaine, 2000-2009 et 1990-1999

*Le pourcentage d'enfants en surpoids représente le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont l'indice poids pour taille est supérieur à moins deux écarts-types de la médiane de référence NCHS/OMS.



Démographie

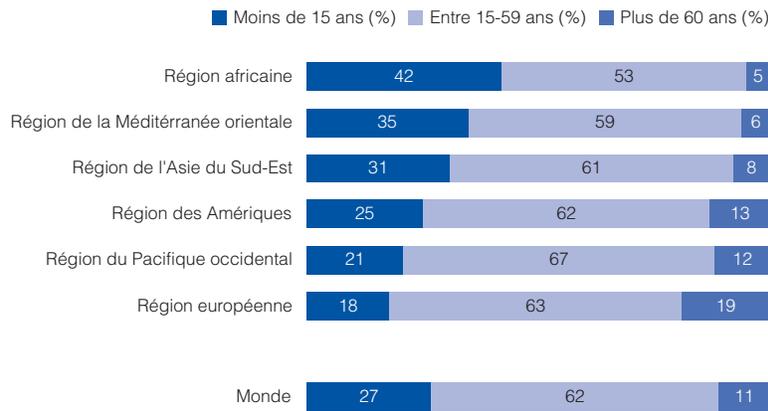


Figure 110: Distribution d'âge de la population dans les Régions de l'OMS, 2008

4 Déterminants clés de la santé

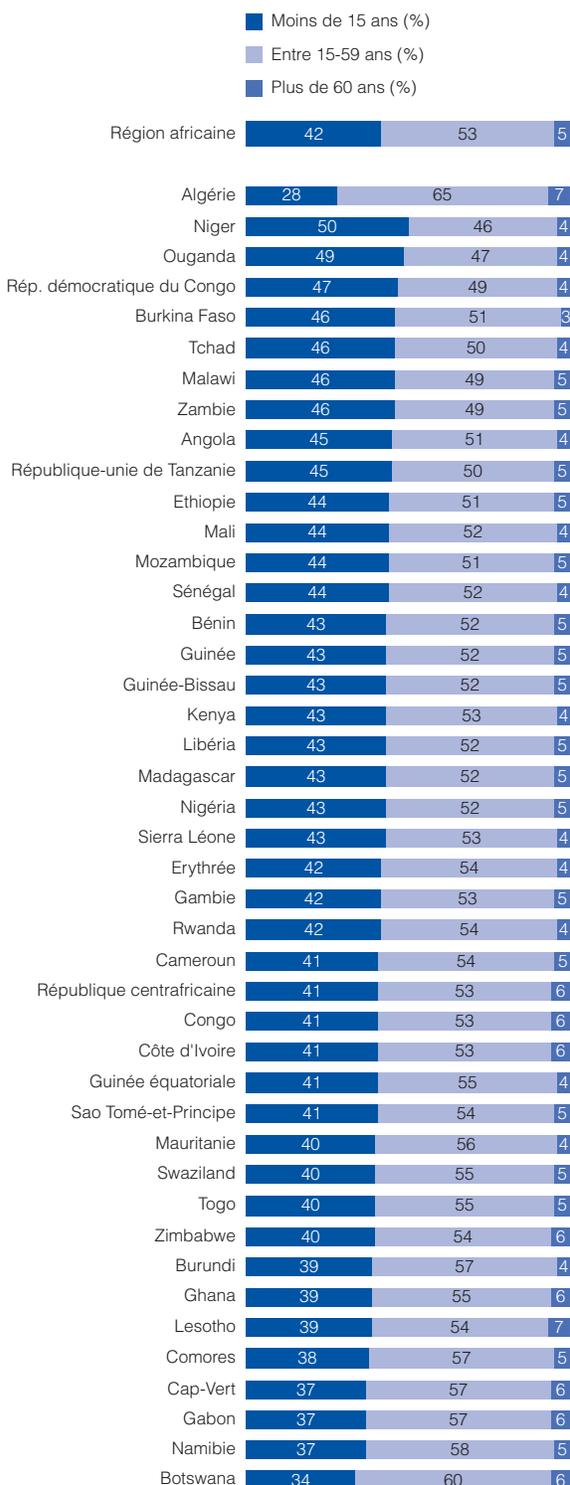


Figure 111: Distribution de l'âge de la population dans les pays de la Région africaine, 2008

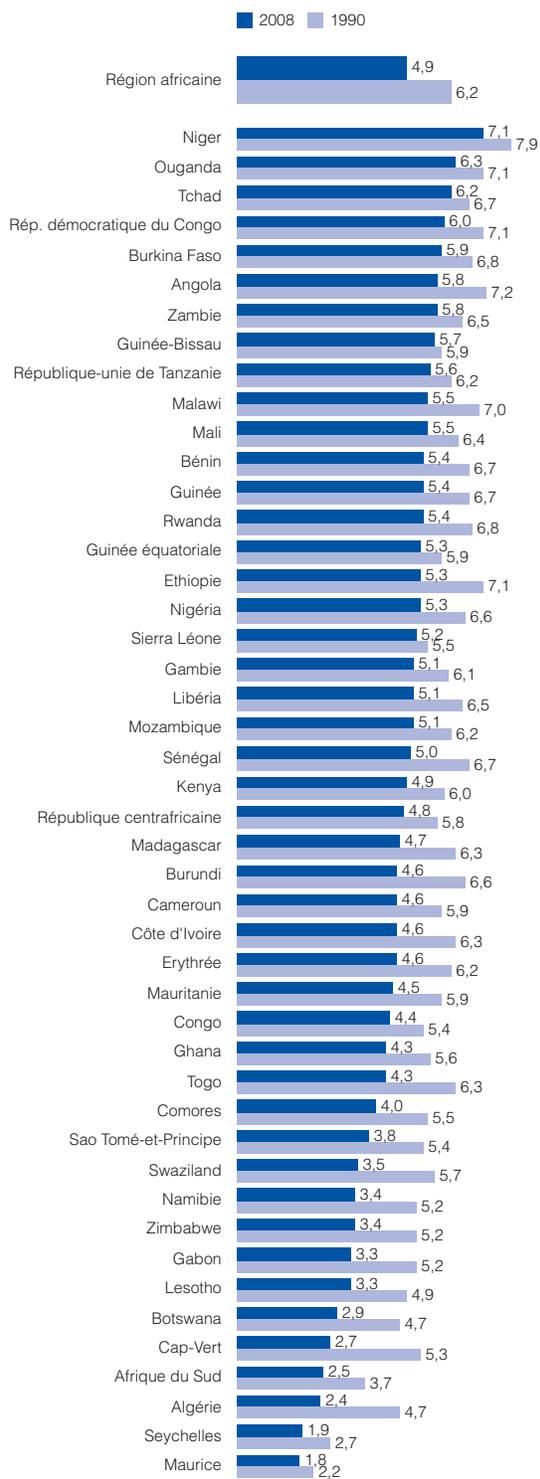


Figure 112: Indice synthétique de fécondité (par femme) dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990

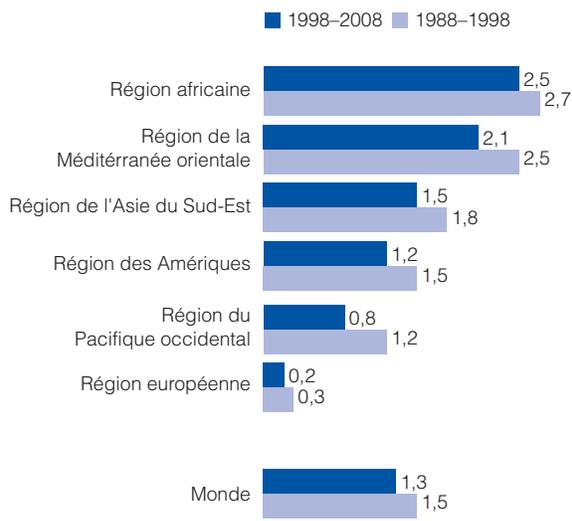


Figure 113: Taux de croissance démographique annuel (en pourcentage) dans les Régions de l’OMS, 1998-2008 et 1988-1998

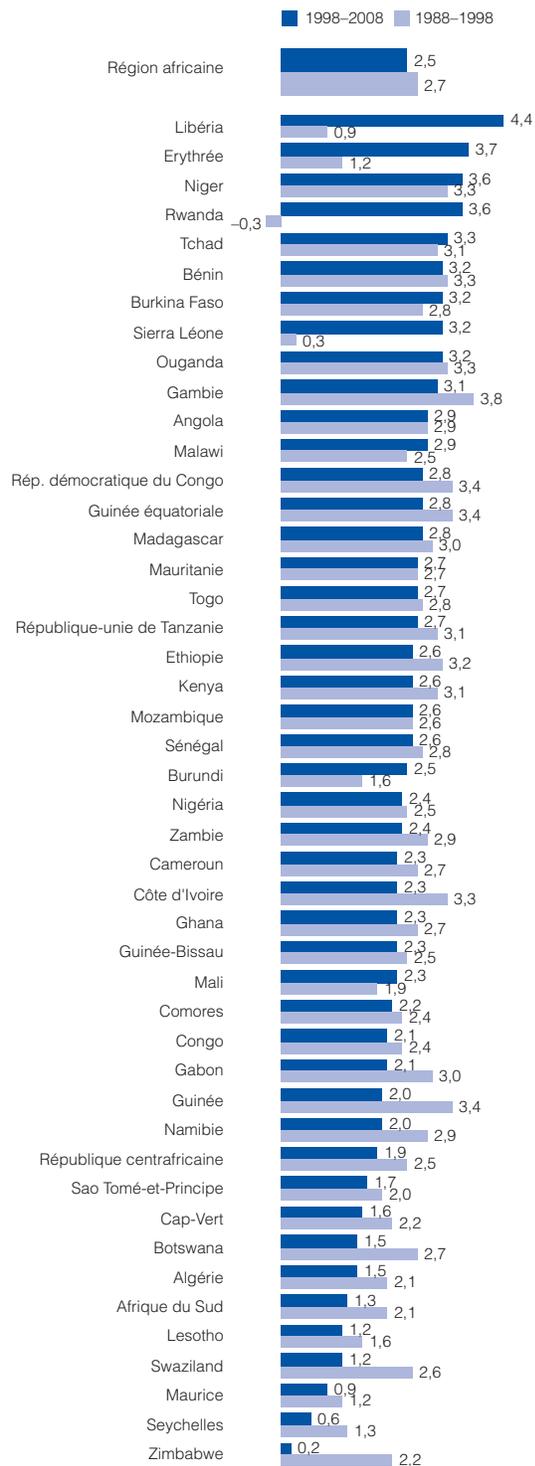


Figure 114: Taux de croissance démographique annuel (en pourcentage) dans les pays de la Région africaine, 1998-2008 et 1988-1998

Ressources et infrastructure

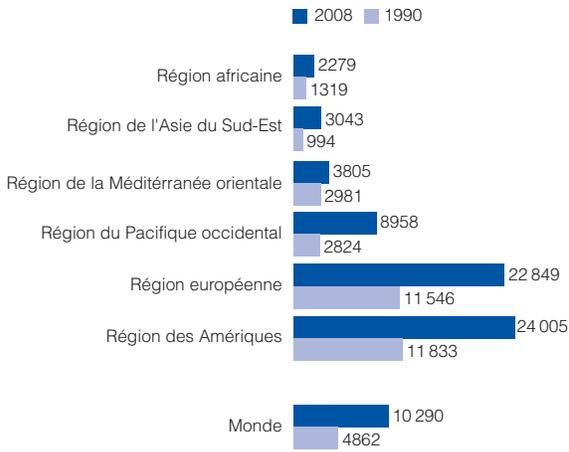


Figure 115: Revenu national brut par habitant (PPA \$ int.) dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

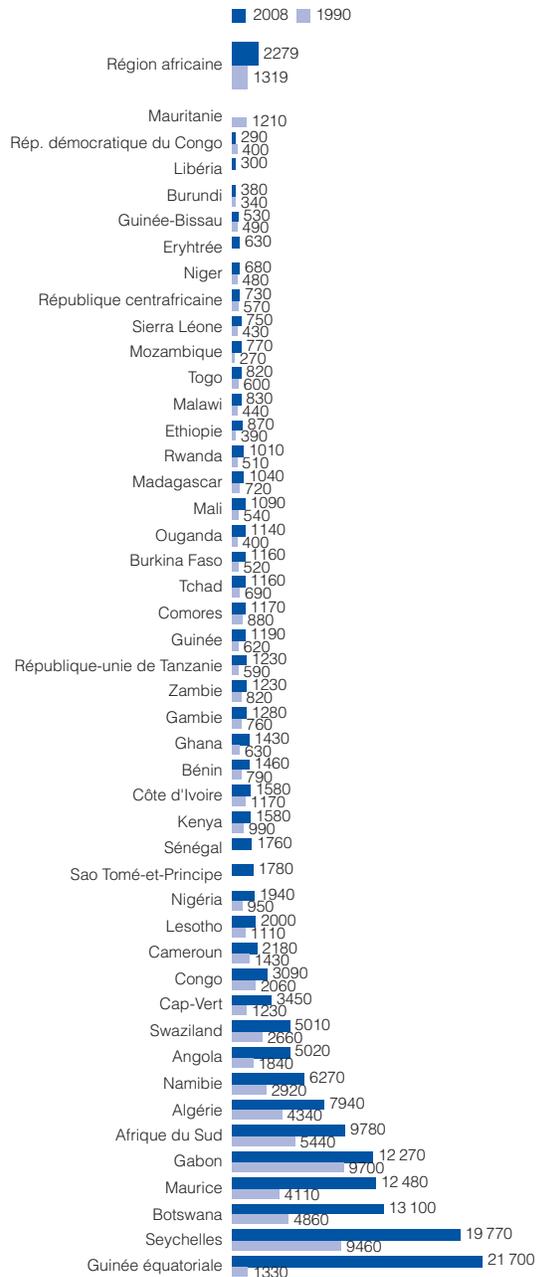


Figure 116: Revenu national brut par habitant (PPA \$ int.) dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990

* Le revenu national brut par habitant: est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes sur les produits (moins les subventions) non inclus dans l'évaluation de la production plus les recettes nettes des revenus primaires (rémunération des salariés et revenus de la propriété) provenant de l'étranger. RNB par habitant est le revenu national brut divisé par la population en milieu d'année. Pour plus de détails: www.unicef.org/infobycountry/stats_popup1.html.

Ressources et infrastructure

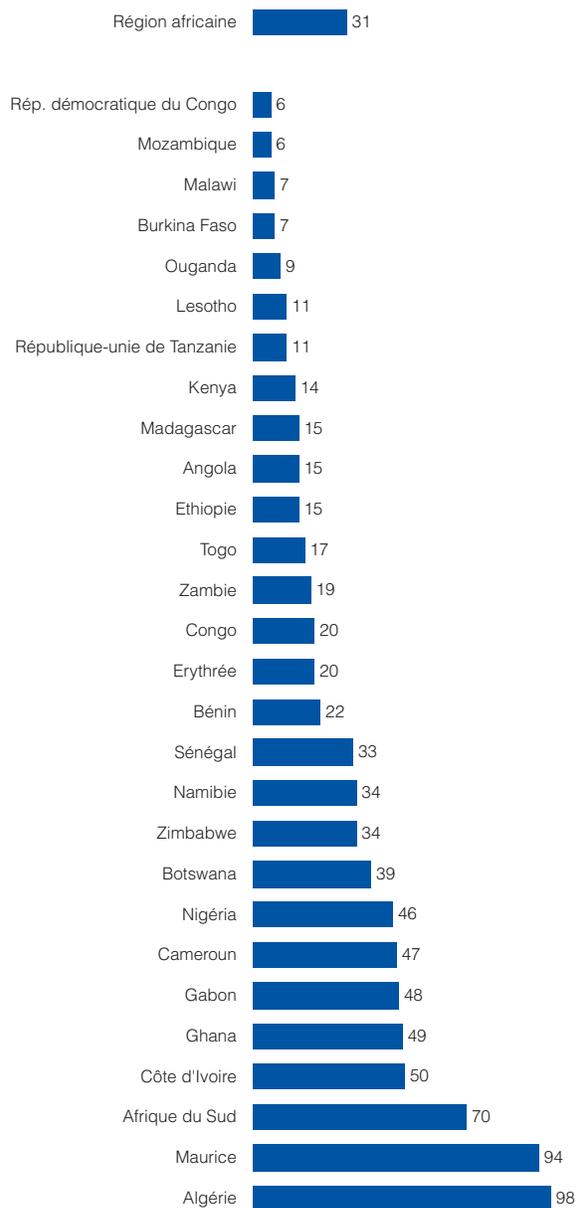


Figure 117: Taux d'électrification des pays de la Région africaine, 2000-2005

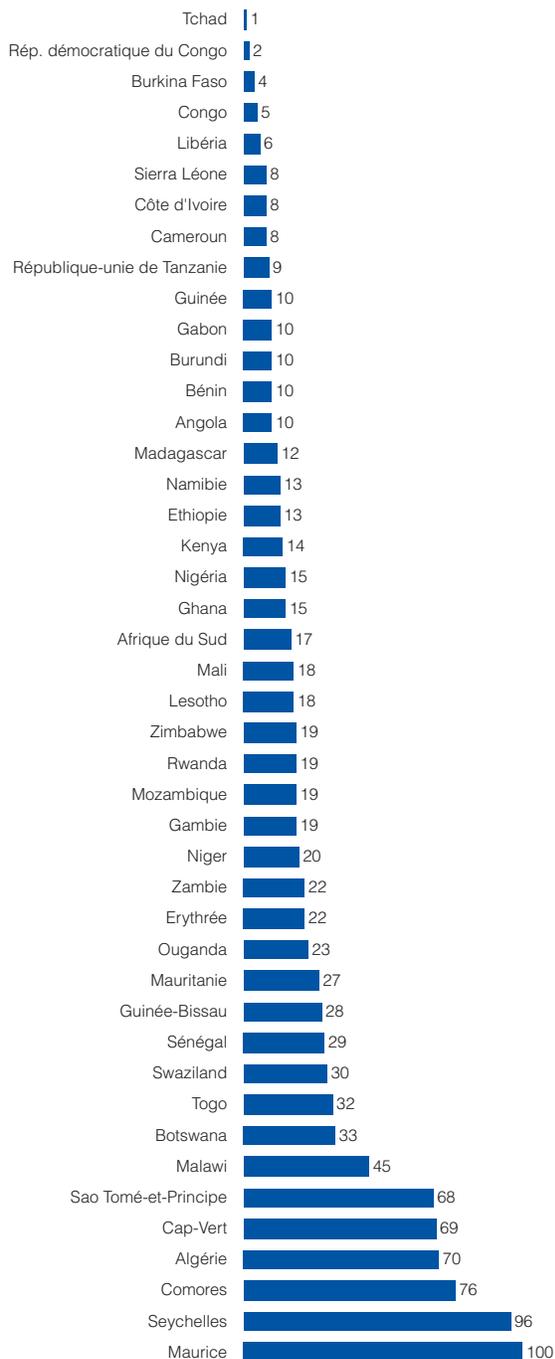


Figure 118: Routes dallées * en pourcentage de toutes les routes dans les pays de la Région africaine, 2000-2007

* Les routes revêtues sont celles qui ont en surface de la pierre concassée (macadam) et de liant hydrocarboné ou agents bitumés, avec du béton ou de pavés, comme un pourcentage de l'ensemble des routes du pays, mesurée en longueur.†Source: <http://data.worldbank.org/indicator/IS.ROD.PAVE.ZS>.

Pauvreté et inégalité de revenu

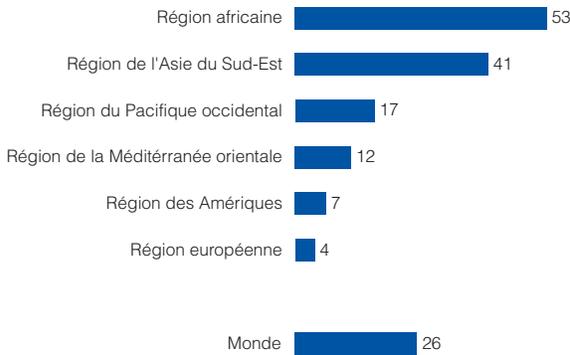


Figure 119: Pourcentage de la population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ int) par jour (c'est à dire dans la pauvreté absolue) dans les Régions de l'OMS, 2000-2007

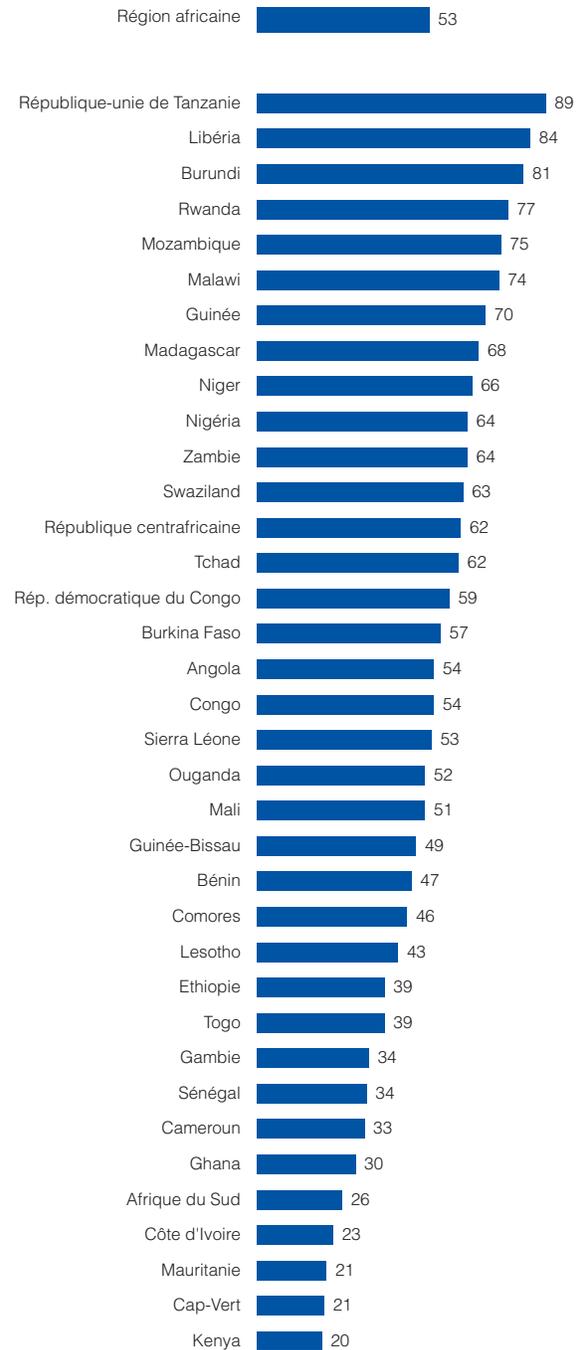


Figure 120: Pourcentage de la population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ int) par jour (c'est à dire dans la pauvreté absolue) dans les pays de la Région africaine, 2000-2007.

Pauvreté et inégalité de revenu

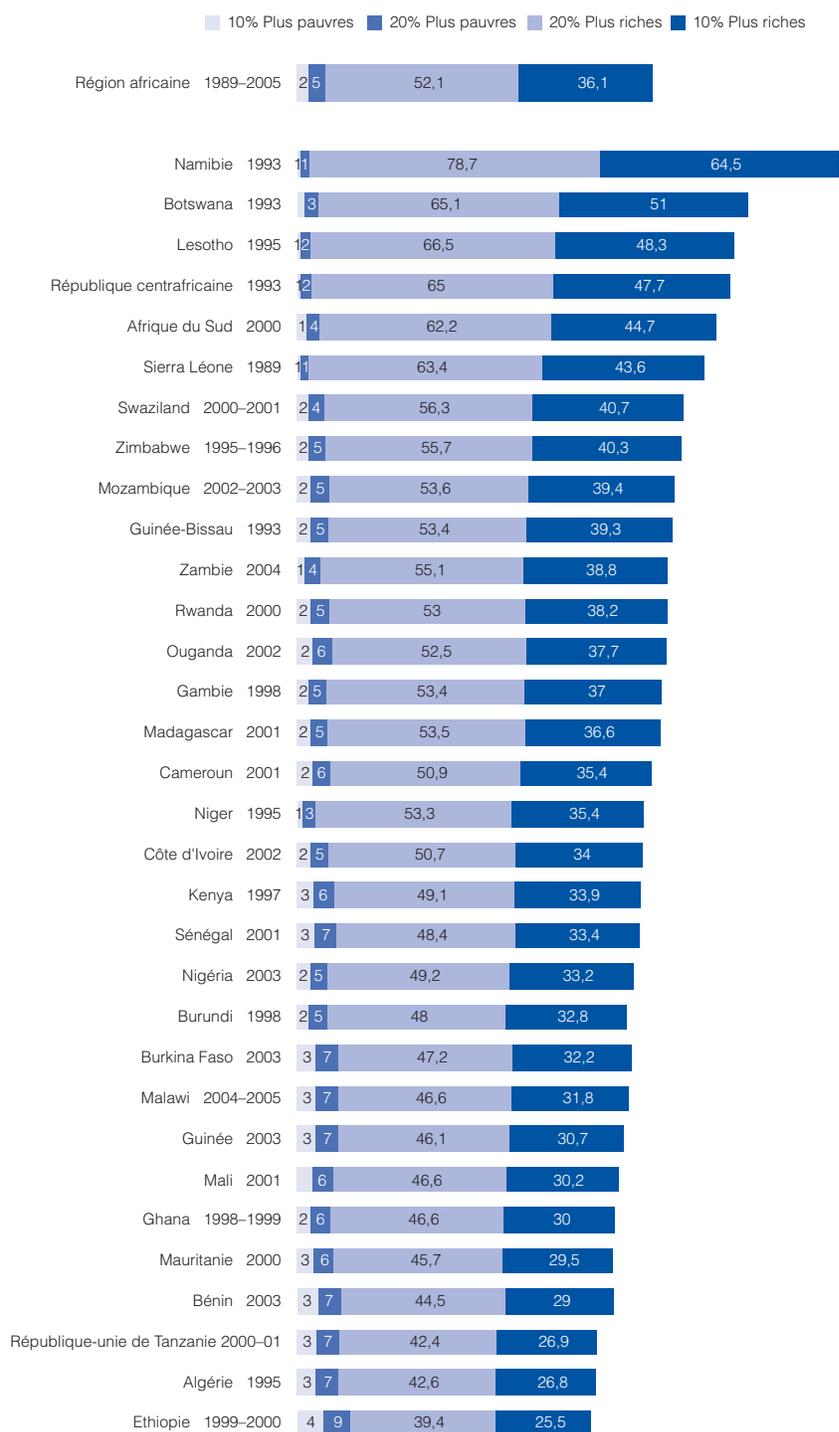


Figure 121: Part des revenus dans les groupes de population les plus pauvres et les plus riches dans les pays de la Région africaine, 1989-2005*

*Source: Banque mondiale 2010.

4 Déterminants clés de la santé

Équité du genre

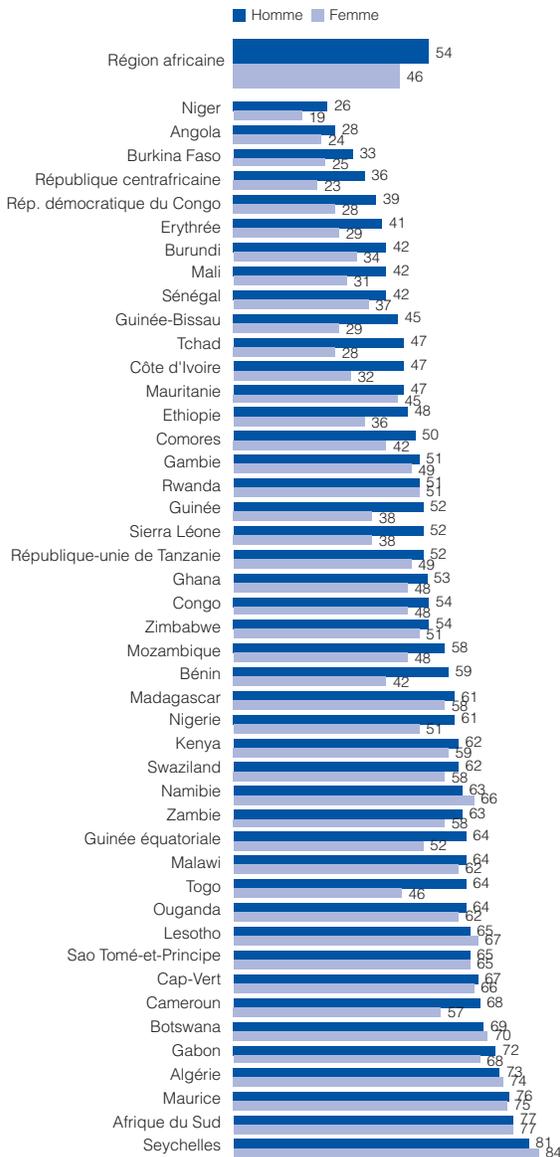


Figure 122: Ratio filles/garçons* dans l'enseignement primaire, secondaire, dans les pays de la Région africaine, 2005†

* Nombre d'étudiants inscrits dans les niveaux primaire, secondaire et tertiaire de l'éducation, indépendamment de l'âge, en pourcentage de la population d'âge scolaire pour les trois niveaux. Le taux brut de scolarisation peut être supérieur à 100% à la suite de redoublement et d'entrée à des âges plus jeunes ou plus vieux que l'âge normal à ce niveau scolaire (définition du PNUD).

† Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

‡ Nombre de sièges occupés par des femmes, exprimé en pourcentage de tous les sièges occupés. La représentation des femmes dans les parlements est un aspect de chances des femmes dans la vie politique et publique, et il est donc lié à l'autonomisation des femmes. Pour plus de détails, consultez le site Web <http://www.millenniumindicators.un.org/unsd/mdgsmetadata>

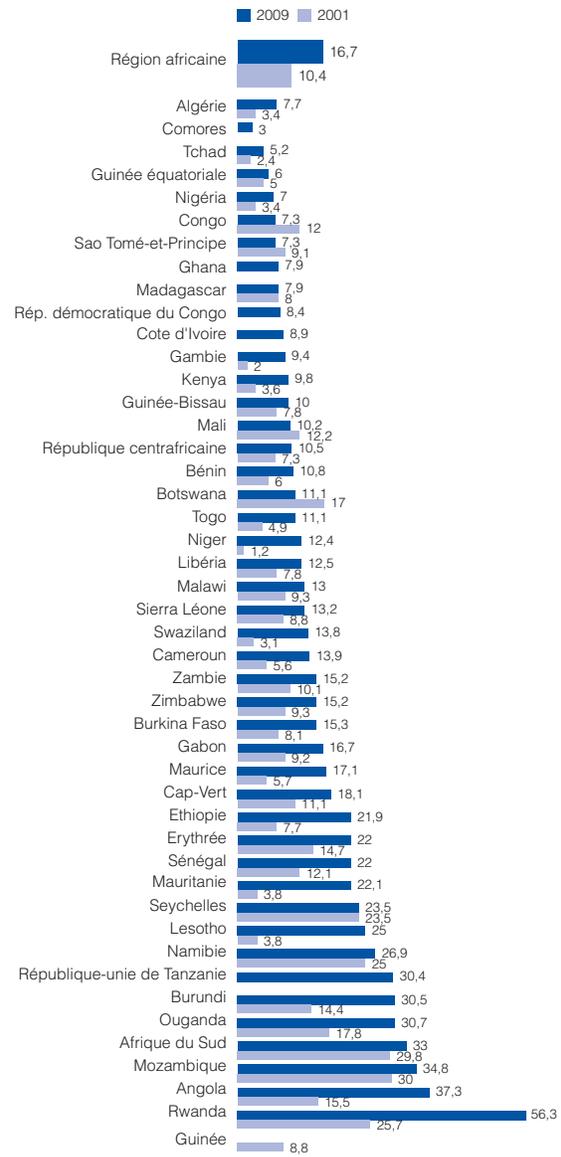


Figure 123: Pourcentage de sièges‡ occupés par les femmes dans les parlements nationaux dans les pays de la Région africaine, 2009 et 2001†

Education

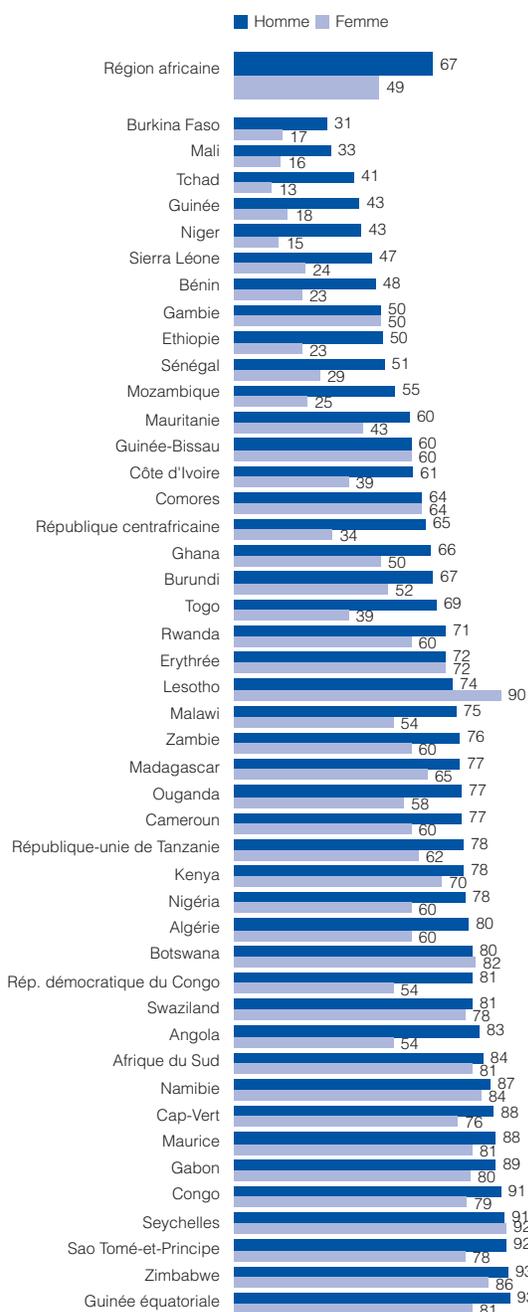


Figure 124: Taux d'alphabétisation des adultes (% âgés de 15 ans et plus) dans les pays de la Région africaine, homme et femme, 1995-2007

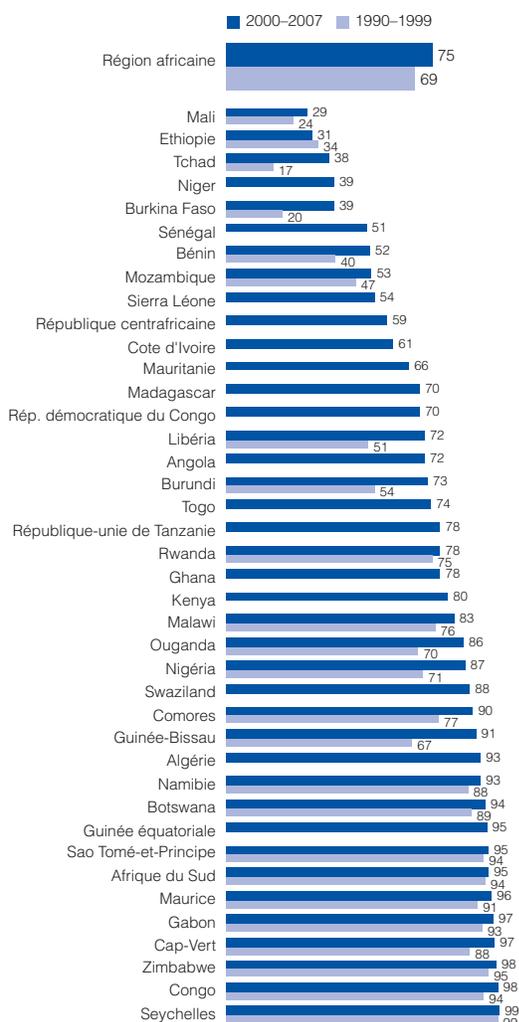


Figure 125: Pourcentage de la population âgée de 15-24 ans sachant lire et écrire (taux d'alphabétisation des jeunes*) dans les pays de la Région africaine 2000-2007 et 1990-1999) ‡

* Le taux d'alphabétisme des jeunes reflète les résultats de l'enseignement primaire au cours des 10 dernières années. Comme mesure de l'efficacité du système de l'enseignement primaire, il est souvent considéré comme une mesure de remplacement du progrès social et la réussite économique. Le taux d'alphabétisation pour cette analyse est tout simplement le complément du taux d'analphabétisme. Pour plus de détails, consultez les sites Web:

[http://www.unescobkk.org/infores/efa2000/tech.html/;](http://www.unescobkk.org/infores/efa2000/tech.html/)

<http://www.uis.unesco.org>

‡Source: Institut des Statistiques de l'UNESCO. 2007.

‡Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

Environnement

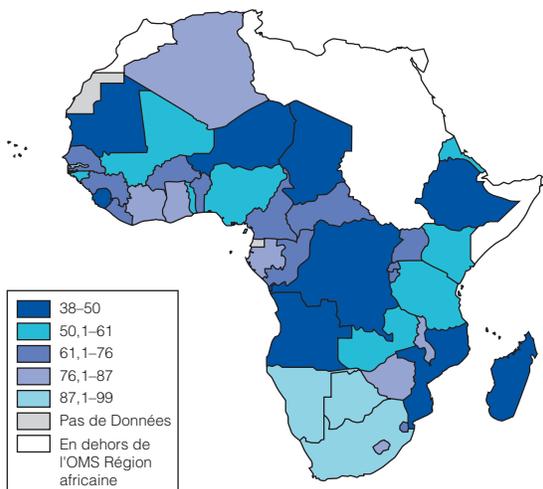


Figure 126: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable dans la Région africaine, 2008

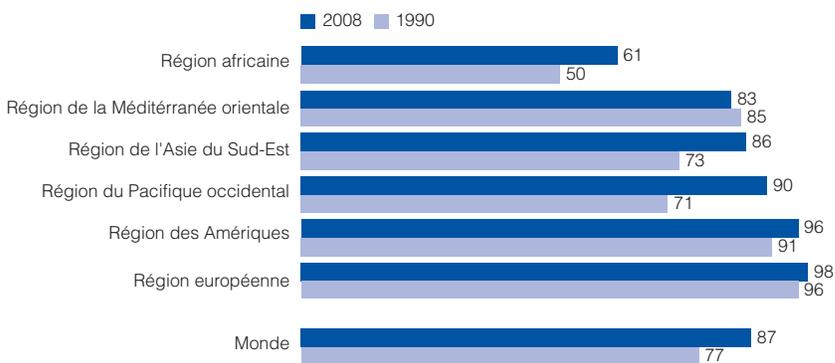


Figure 127: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable* dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

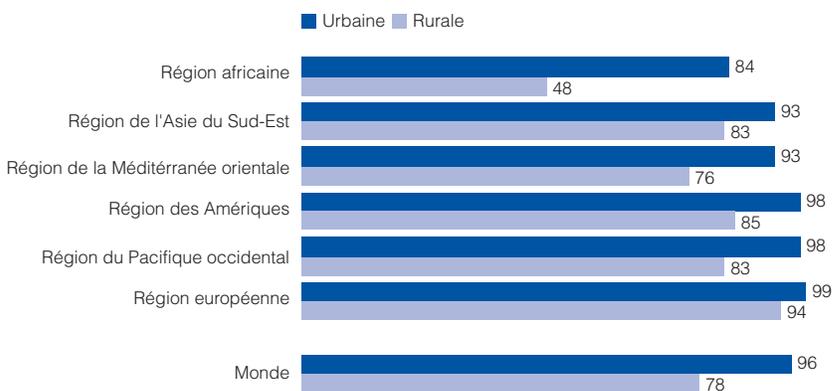


Figure 128: Pourcentage des populations urbaine et rurale utilisant des sources améliorées d'eau potable dans les Régions de l'OMS, 2008

* La source améliorée d'eau potable, par la nature de sa construction et de sa conception, est de nature à protéger la source de la contamination externe, en particulier de la matière fécale. Les sources améliorées d'eau potable comprennent: -eau courante dans les logements, cour/parcelle - robinet public/borne-fontaine - forage - puits protégés - source protégée et - récupération des eaux pluviales. Note: Programme de surveillance conjoint pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (Base de données en ligne). Genève, OMS, UNICEF, 2008 (<http://www.wssinfo.org/en/welcome.html>)

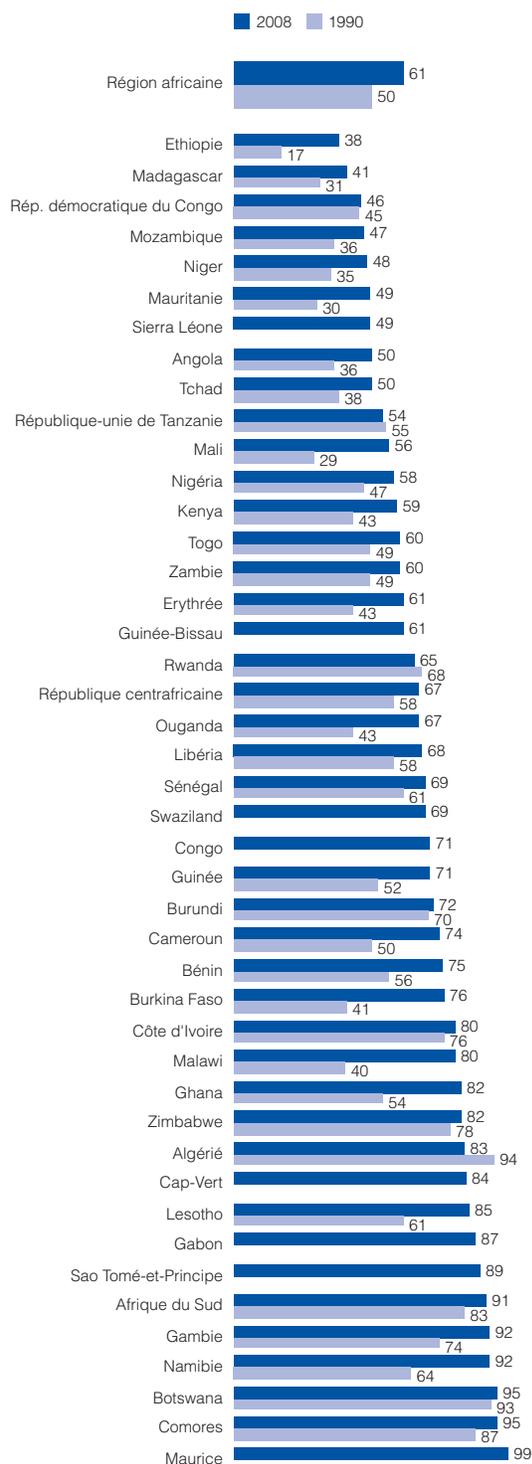


Figure 129: Pourcentage de la population utilisant une source améliorée d'eau potable dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990

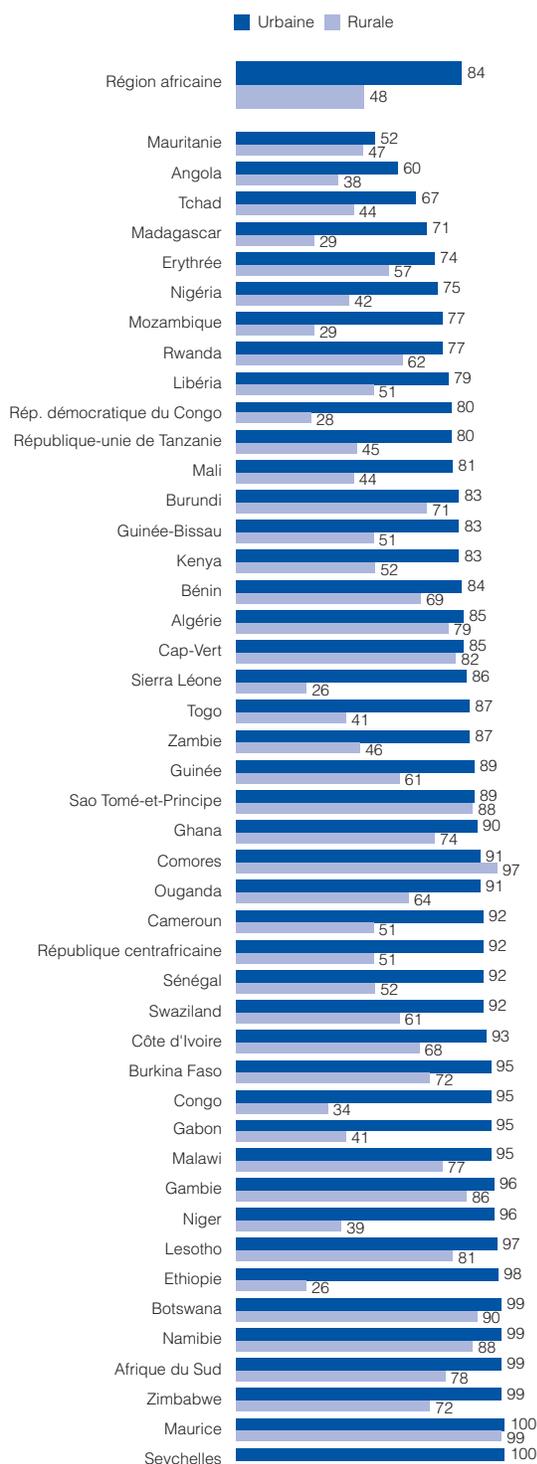


Figure 130: Pourcentage des populations urbaine et rurale ayant accès à une source améliorée d'eau potable dans les pays de la Région africaine, 2008

4 Déterminants clés de la santé

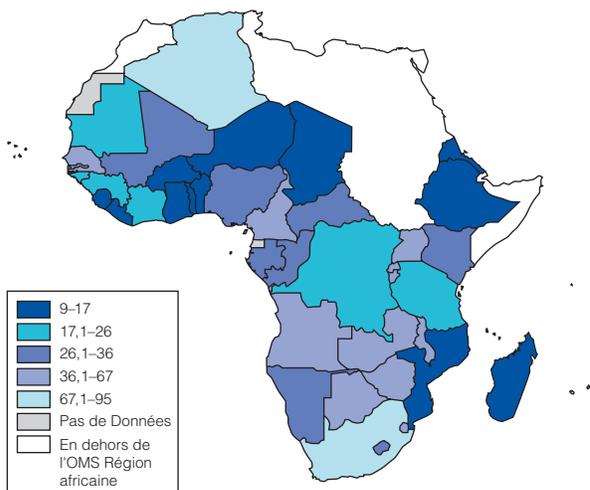


Figure 131: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans la Région africaine, 2008

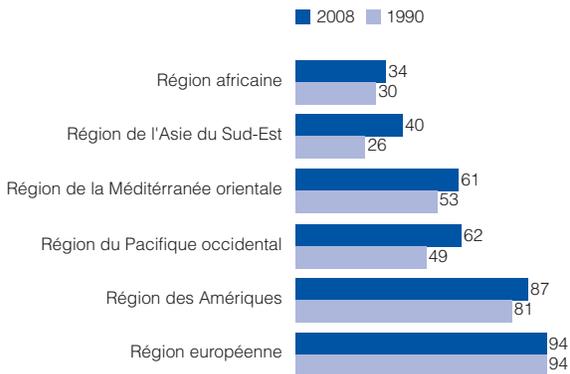


Figure 132: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les Régions de l'OMS, 2008 et 1990

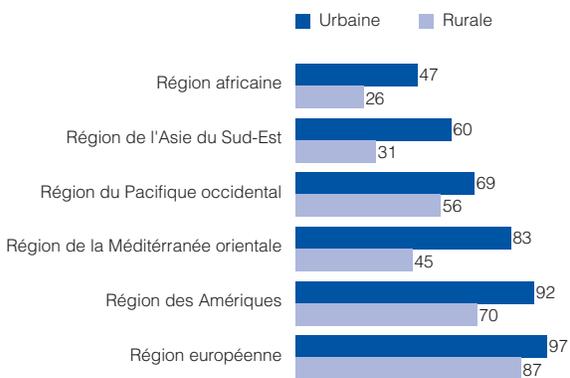


Figure 133: Pourcentage de la population (urbaine et rurale) utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les Régions de l'OMS, 2008

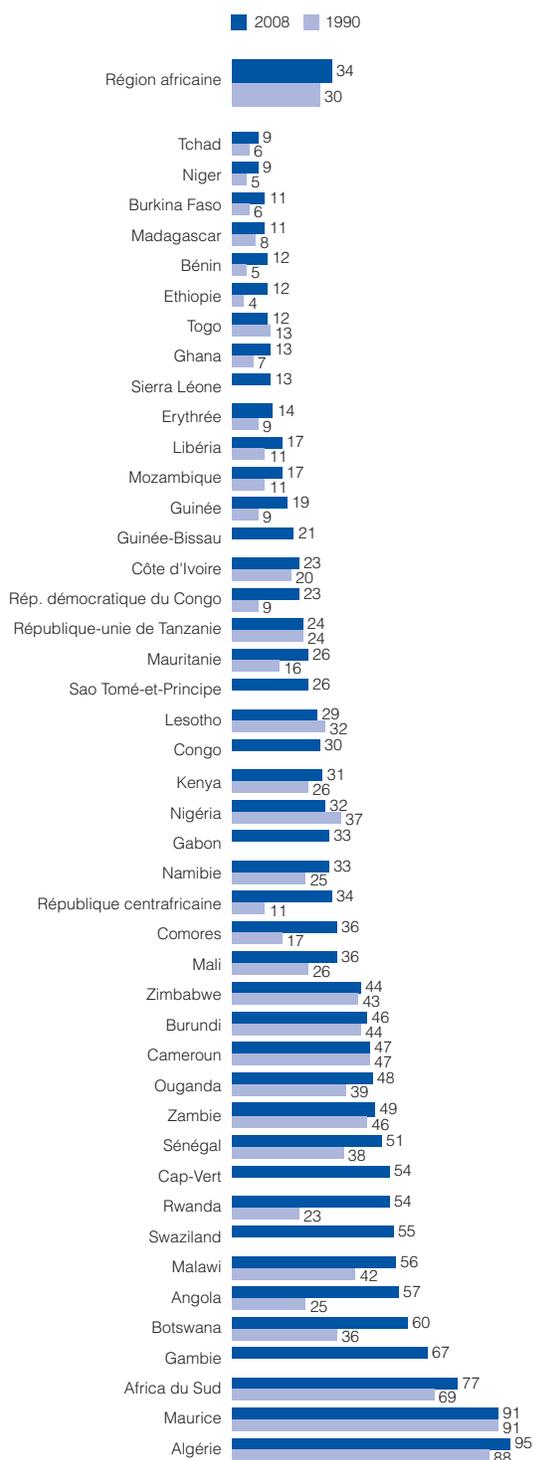


Figure 134: Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990

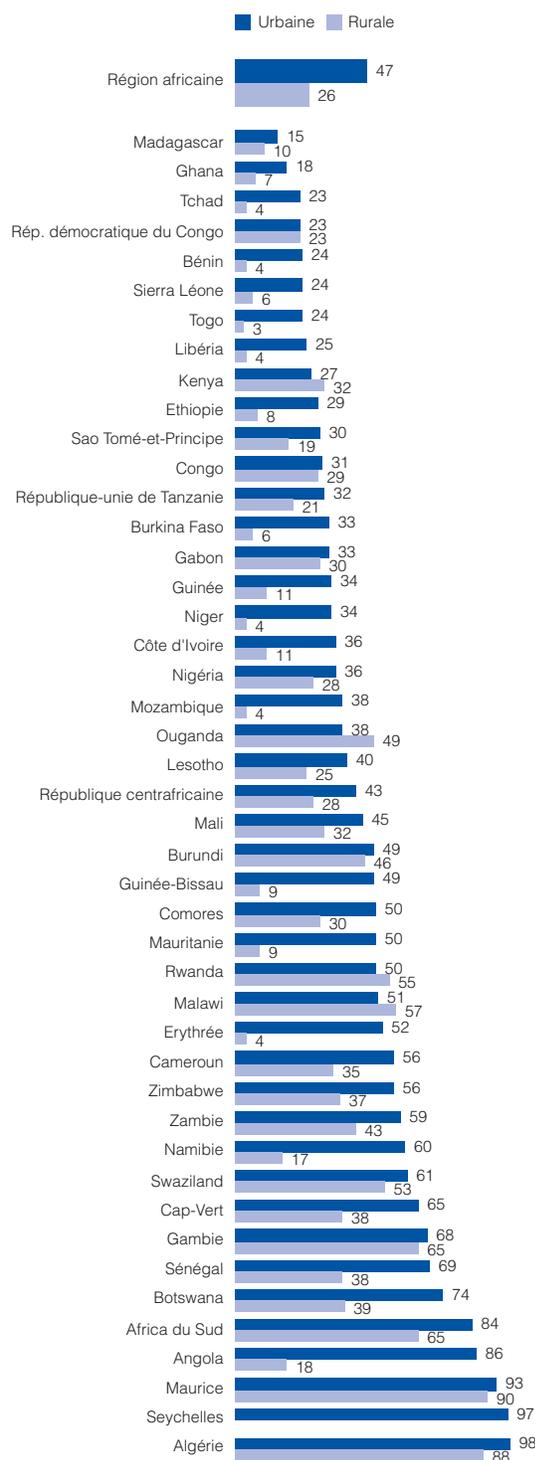


Figure 135: Pourcentage des populations urbaine et rurale utilisant des installations d'assainissement améliorées dans les pays de la Région africaine, 2008

4 Déterminants clés de la santé

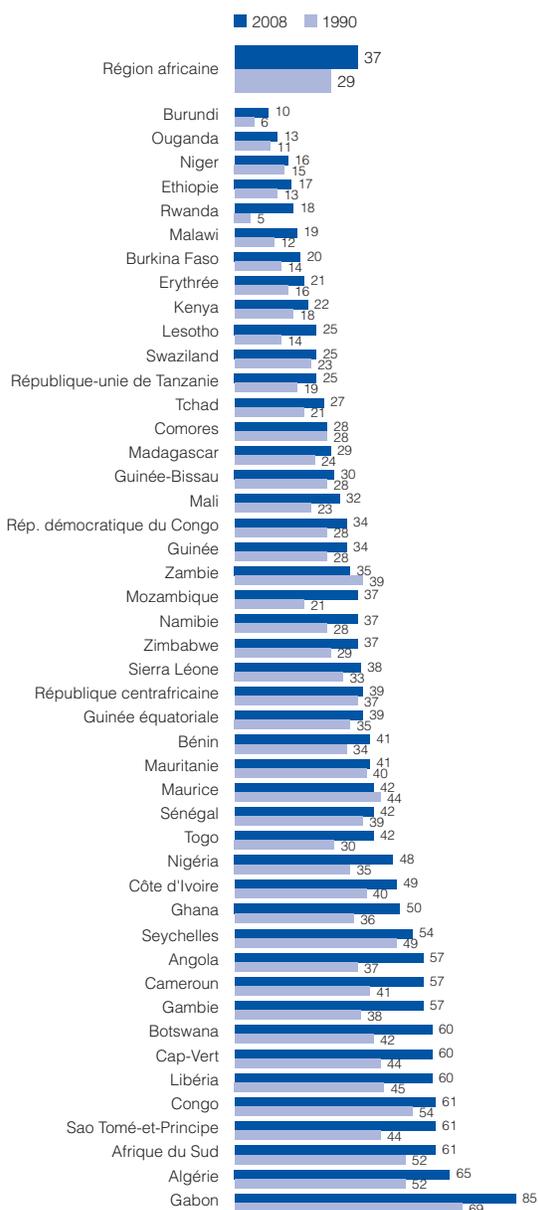


Figure 136: Pourcentage de la population vivant en zones urbaines dans les pays de la Région africaine, 2008 et 1990

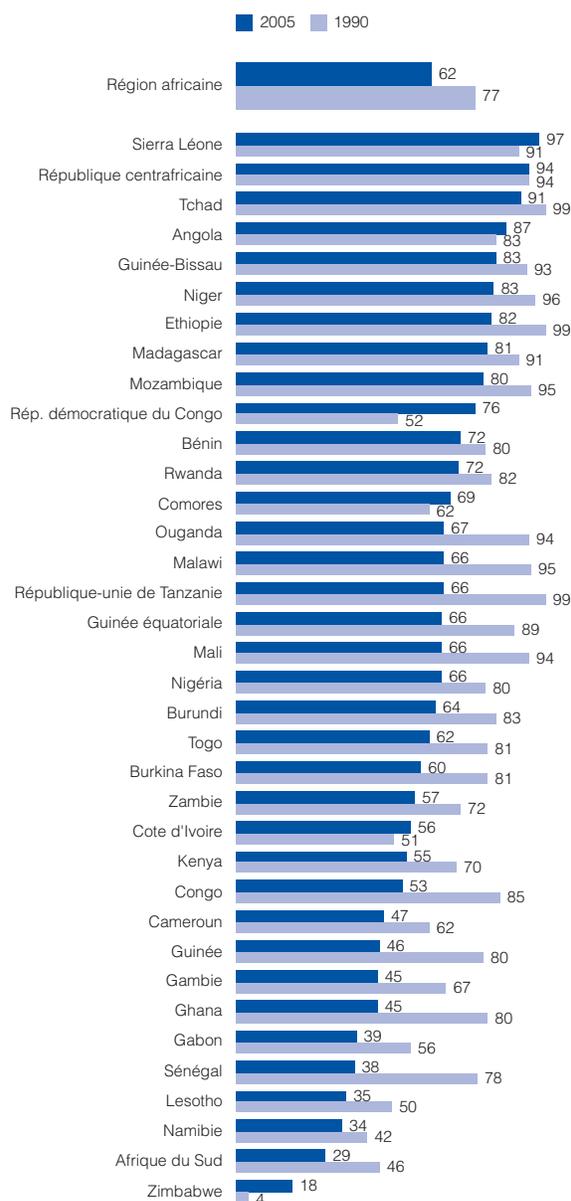


Figure 137: Pourcentage de la population urbaine vivant dans des taudis* dans les pays de la Région africaine, 2005 et 1990†

* Un ménage habitant un taudis est défini comme un groupe de personnes vivant sous le même toit manquant une ou plus des conditions suivantes: accès à l'eau potable, l'accès à un assainissement amélioré, espace suffisant de vie, durabilité du logement, sécurité d'occupation. Cependant, puisque l'information sur la sécurité d'occupation n'est pas disponible pour la plupart des pays, seuls les quatre premiers indicateurs sont utilisés pour définir des ménages des bidonvilles, puis d'estimer la proportion de la population urbaine vivant dans des taudis. L'indicateur est destiné à fournir un aperçu de la partie de la population urbaine vivant dans des conditions de pauvreté et de privations physiques et de l'environnement. Pour plus de détails, voir le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-HABITAT) (2003). Observatoire urbain mondial. Nairobi (Disponible sur le site Web: <http://www.unhabitat.org/programmes/guo>)

†Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

Partenariats mondiaux et flux financier

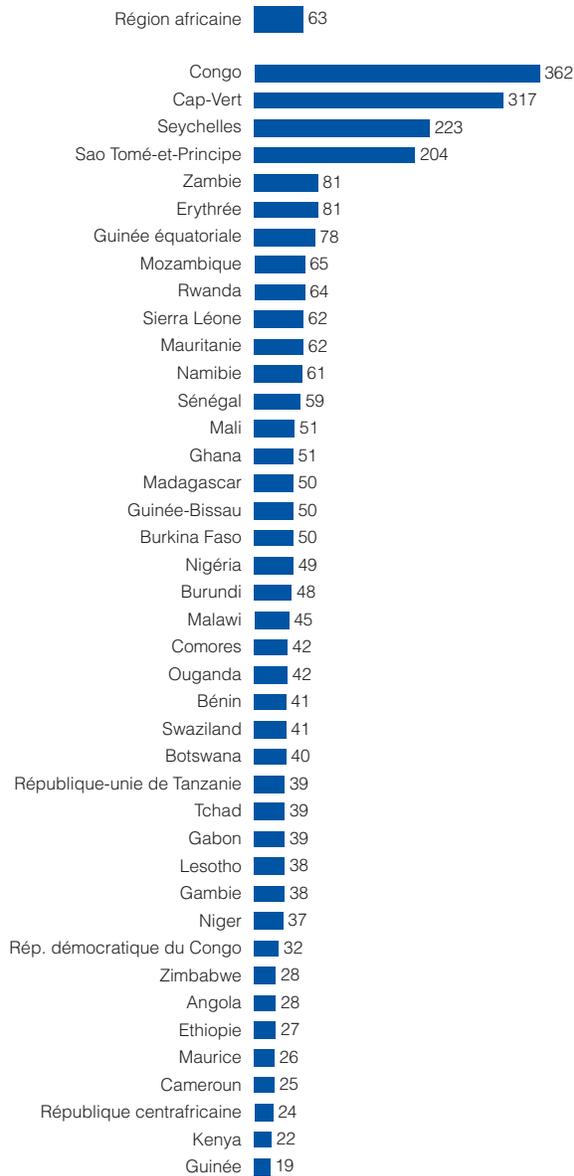


Figure 138: Aide publique au développement* (APD) reçue par habitant (en millions de US \$) dans les pays de la Région africaine, 2005†

* *L'Aide publique au développement (APD)*: est défini comme les flux vers les pays et territoires sur la Liste du CAD des bénéficiaires d'APD/(disponible à l'adresse www.oecd.org/dac/stats/daclist) et aux institutions multilatérales de développement qui sont: 1. fourni par des organismes officiels, y compris les administrations étatiques et locales, ou par leurs agences exécutives, et 2. chaque transaction qui: a) est administré avec la promotion du développement économique et social des pays en développement comme objectif principal, et b) est un caractère de faveur et comporte un élément de subvention d'au moins 25 pour cent (calculé à un taux de réduction de 10 pour cent).

†Source: OECD-DAC 2007, Banque mondiale 2007

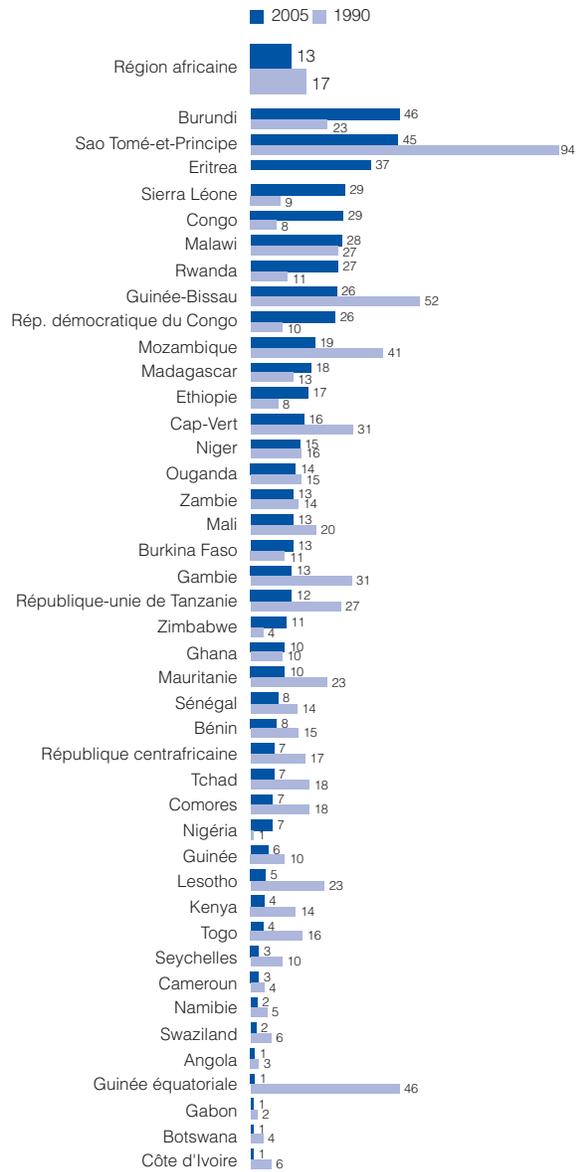


Figure 139: Aide publique au développement reçue (APD) comme pourcentage du PIB dans les pays de la Région africaine, 2005 et 1990

4 Déterminants clés de la santé

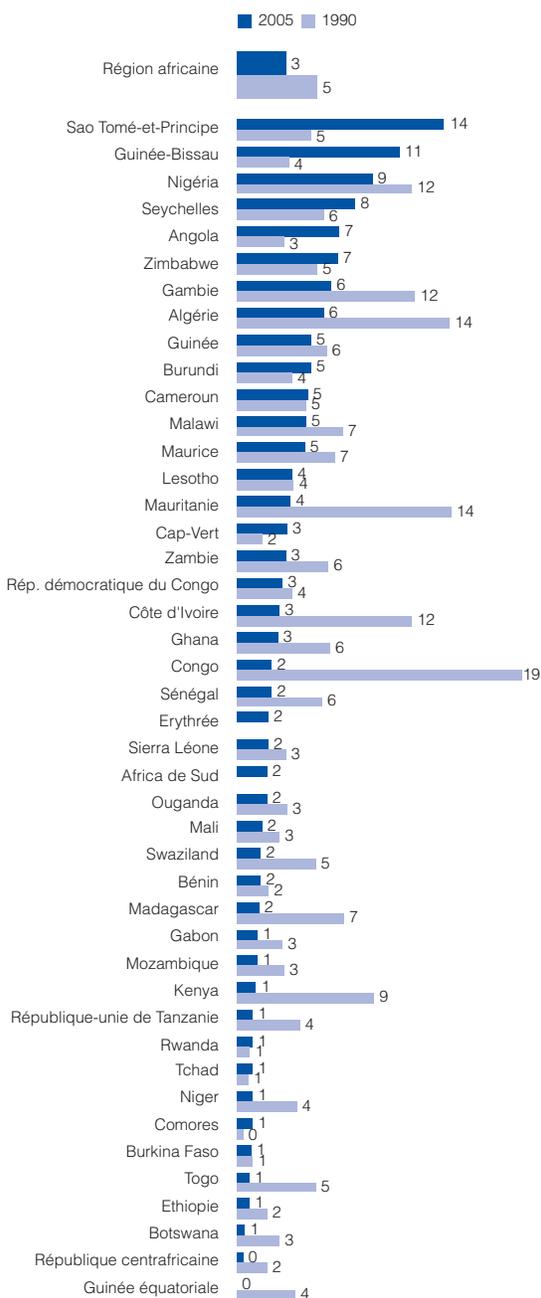


Figure 140: Pourcentage du service total de la dette par rapport au PIB dans les pays de la Région africaine, 1990 et 2005*

*Source: Banque mondiale 2010.

† Total de la dette extérieure est la dette due aux non-résidents remboursable en devises, biens ou services. Le total de la dette extérieure est la somme des dettes publique, publiquement garantie et privée non garantie à long terme, l'utilisation des crédits du FMI, et la dette à court terme. La dette à court terme comprend toutes les dettes ayant une échéance initiale d'un an ou moins et intérêts en arriérés sur la dette à long terme. Les données sont en dollars américains. Source: Banque mondiale, Global Development Finance

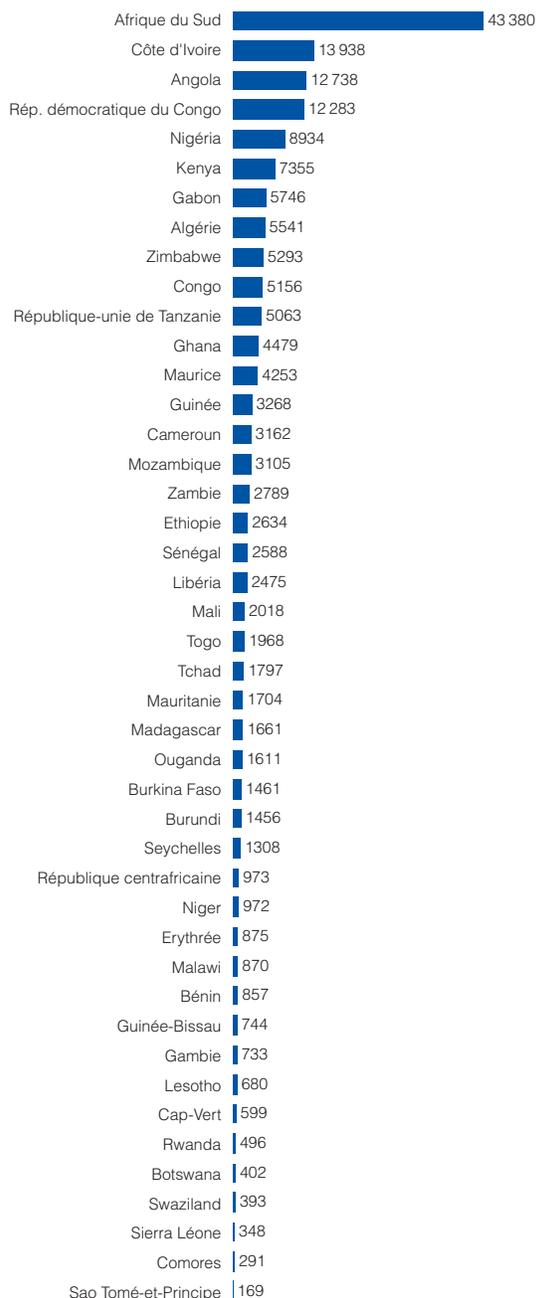


Figure 141: Total de la dette extérieure† (en millions de US\$) dans les pays de la Région africaine, 2007‡

Science et Technologie

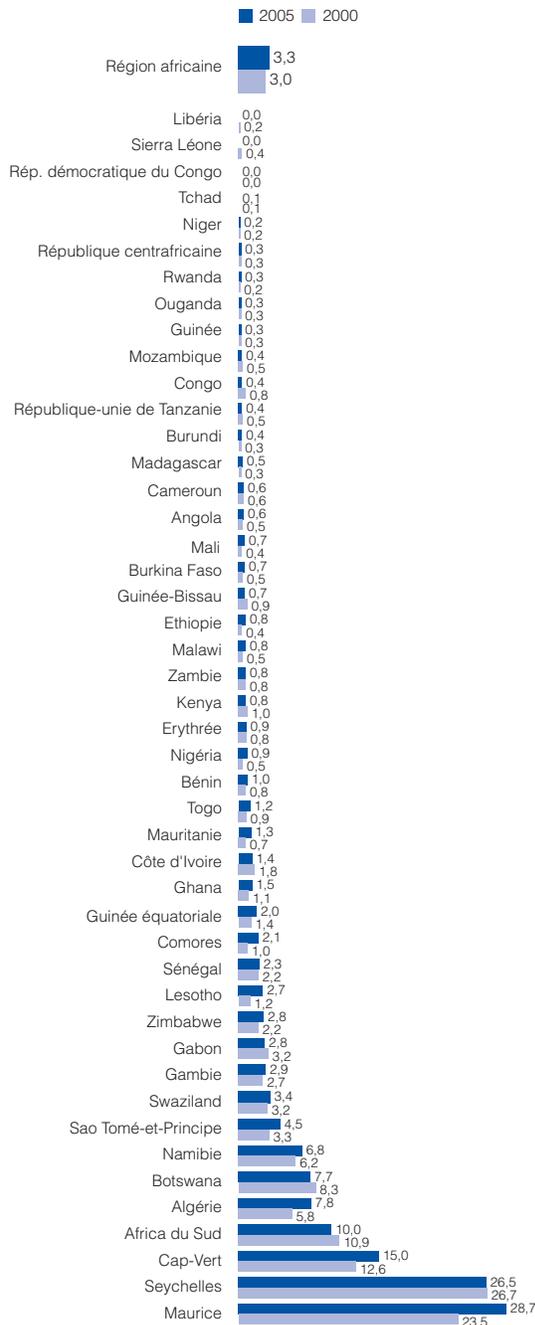


Figure 142: Pourcentage de la population disposant de téléphone dans les pays de la Région africaine, 2005 et 2000*

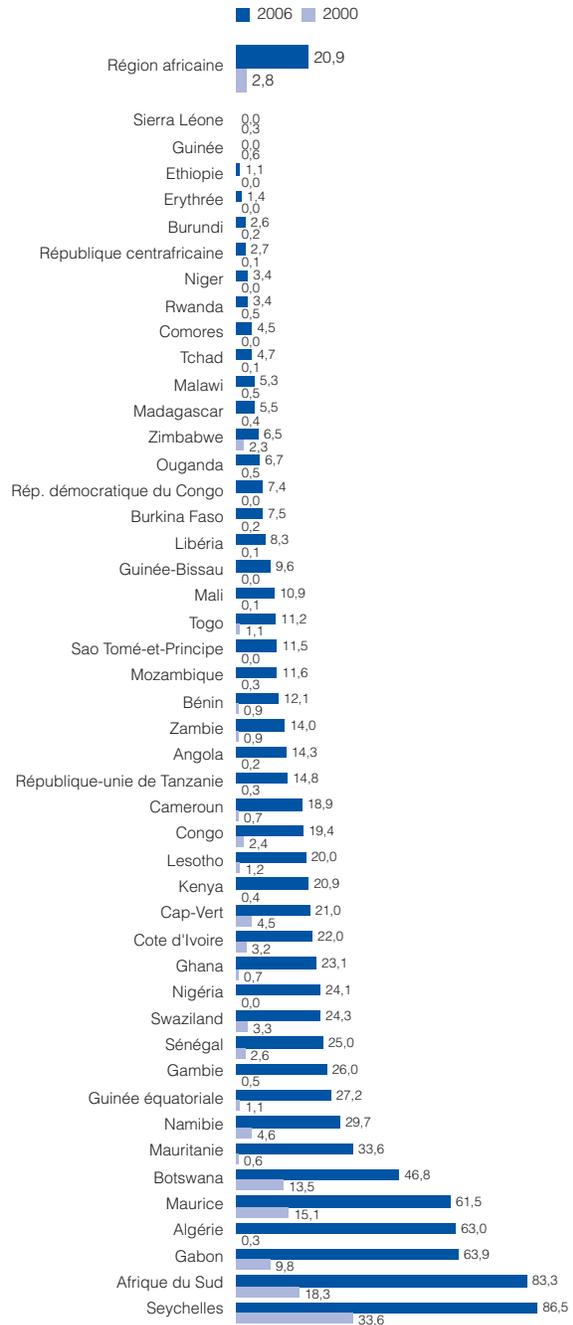


Figure 143: Pourcentage de la population, abonnés aux téléphones cellulaires ou mobiles dans les pays de la Région africaine, 2006 et 2000*

*Source: Union internationale des télécommunications - Consulté le 19 Septembre 2009

4 Déterminants clés de la santé

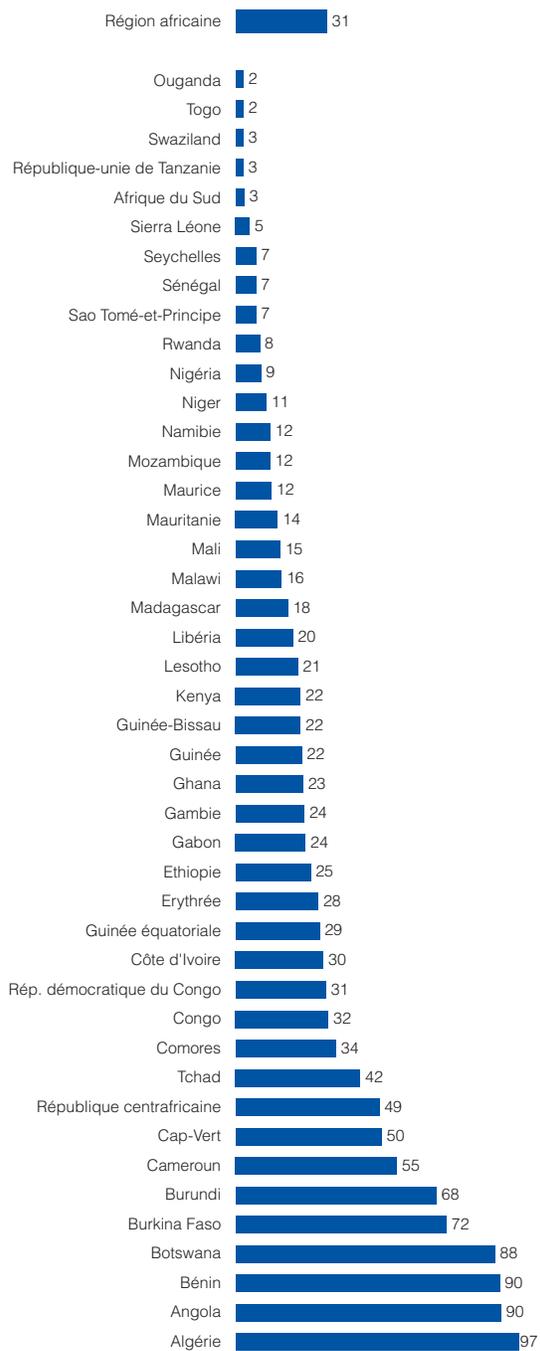


Figure 144: Pourcentage de la population, ayant un abonnement téléphonique (fixe & mobile) dans les pays de la Région africaine, 2007*

*Source: Union internationale des télécommunications - Consulté le 19 Septembre 2009.

†Source: Division des Statistiques des Nations Unies - Base de données des OMD – Consultée le 10 Juin 2010.

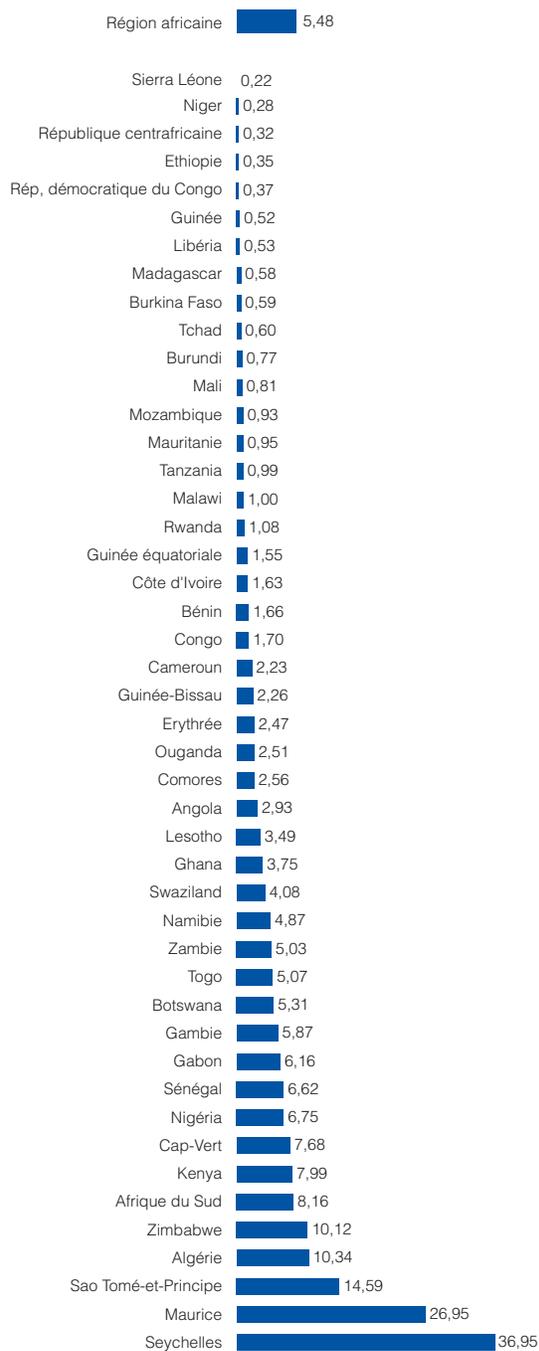


Figure 145: Pourcentage d'utilisateurs d'Internet dans la population des pays de la Région africaine, 2007†

Urgences et désastres

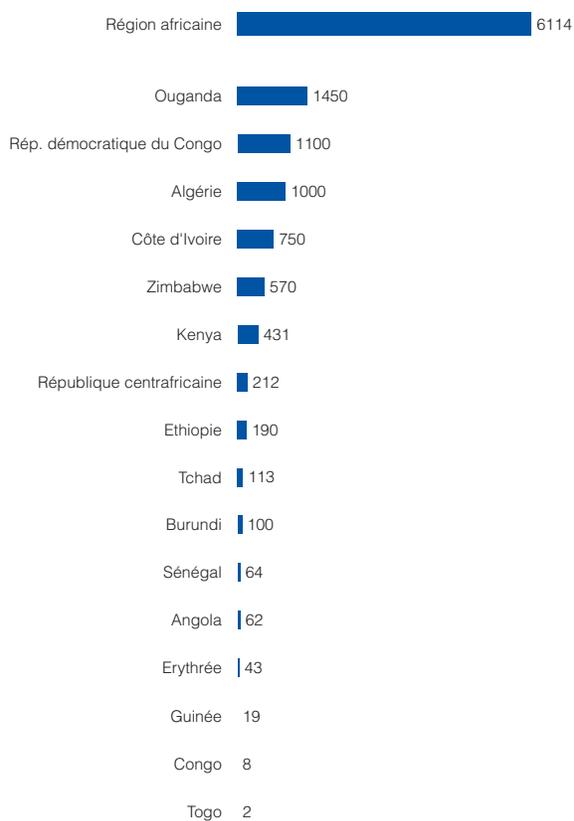


Figure 146: Nombre total de personnes déplacées internes* (en milliers) dans les pays de la Région africaine, 2006

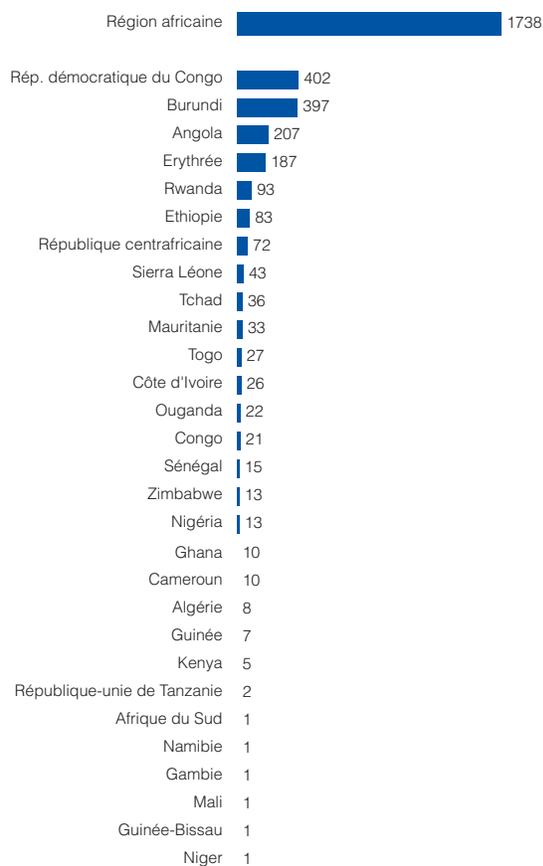


Figure 147: Nombre total de réfugiés (en milliers) dans la Région africaine, par pays d'origine, 2006†

* *Personnes déplacées internes (PDI)*: Nombre des personnes ou groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison de ou en vue d'éviter les effets des conflits armés, les situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat." Pour plus de détails: <http://www.internal-displaced.org>
 †Source: UNHCR 2007.

5 Progrès sur les OMDs liés à la santé

OMD-4 (Santé de l'enfant)

Cible 4.A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

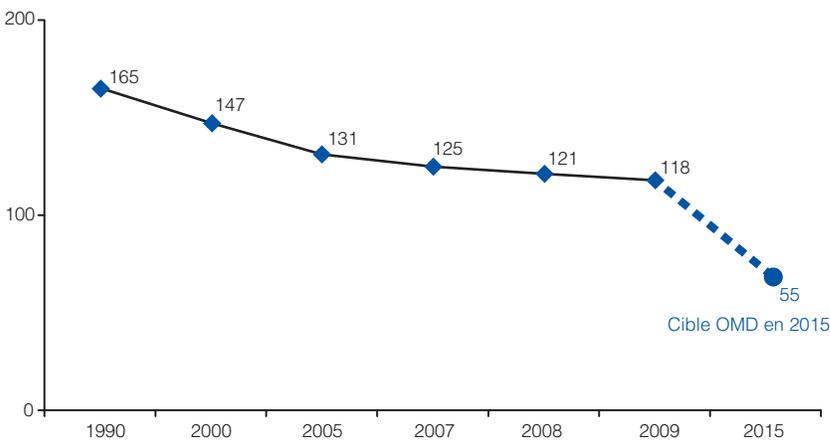


Figure 148: Tendence des taux de mortalité des moins de 5 ans dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2009.

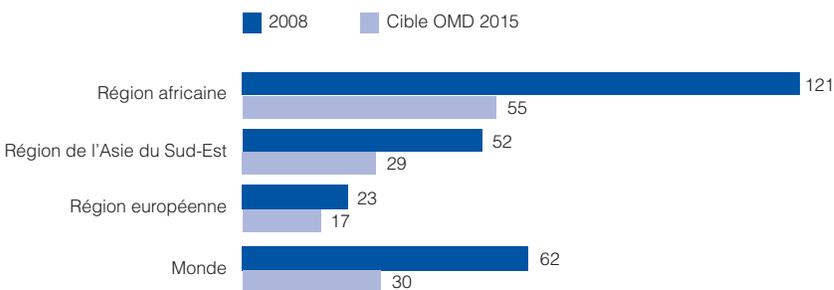


Figure 149: Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) dans les Régions de l'OMS, les deux sexes, 2008 et cible OMD 2015.

OMD-4 (Santé de l'enfant)

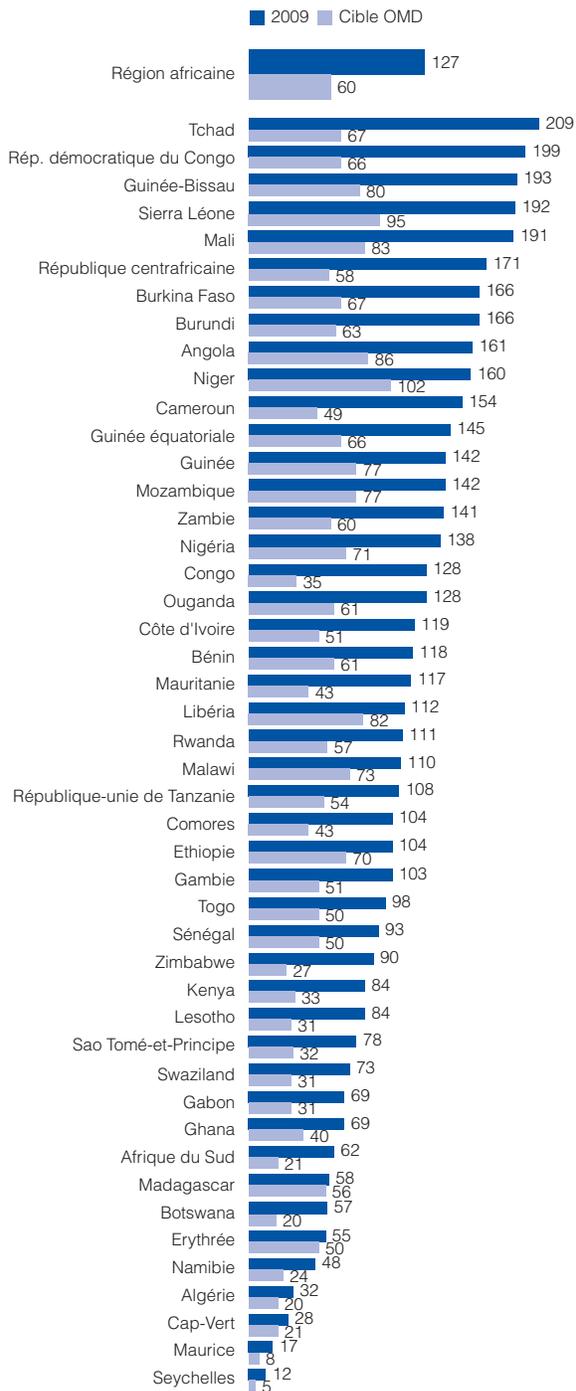


Figure 150: Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes), 2009 et de la cible OMD* dans les pays de la Région africaine

* Niveaux et tendances de la mortalité infantile; Rapport 2010; Estimations élaborées par le Groupe Inter-institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale et la Division des Nations Unies de la population/DAES, UNICEF, 2010.

OMD-5 (Santé de la mère)

Cible 5.A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle

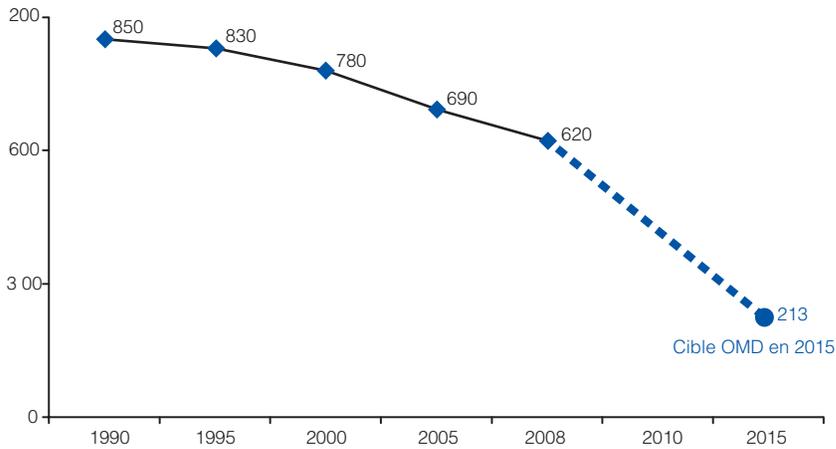


Figure 151: Tendance des ratios de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008.

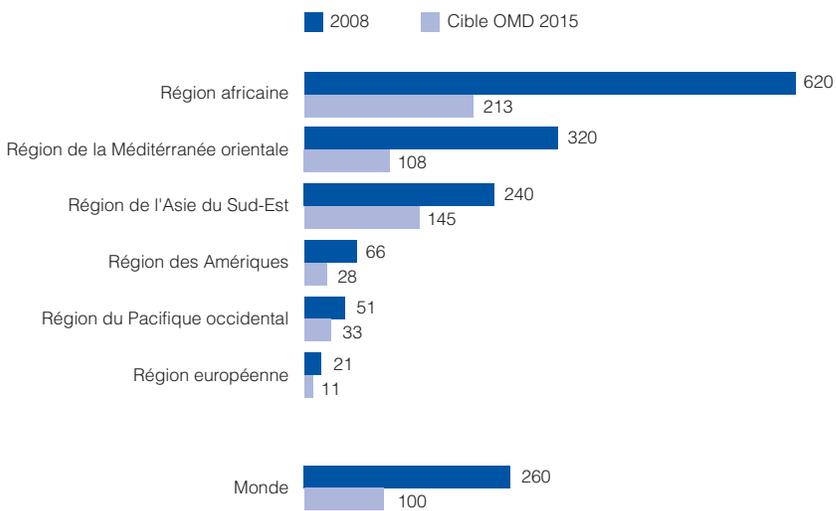


Figure 152: Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008.

OMD-5 (Santé de la mère)

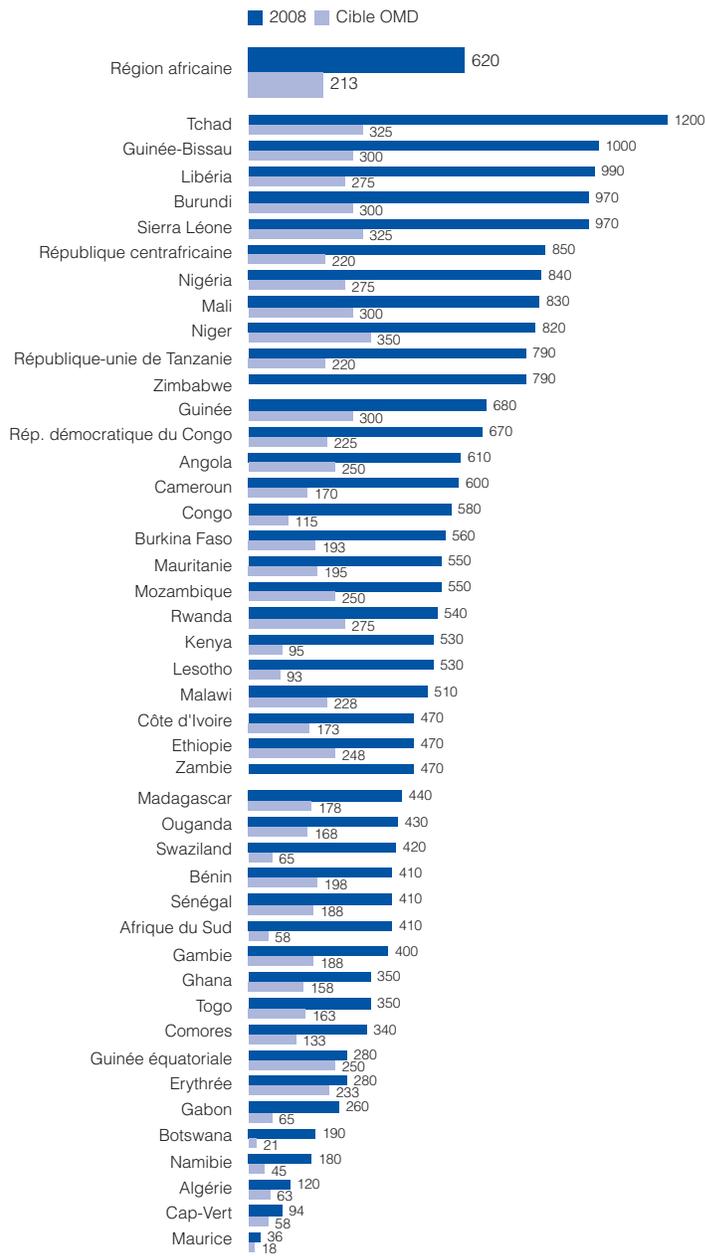


Figure 153: Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) en 2008 et de la cible OMD dans les pays de la Région africaine*

*Source: *Tendances de la mortalité maternelle: de 1990 à 2008. Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.*

5 Progrès sur les OMDs liés à la santé

Cible 5.B: Rendre l'accès à la santé génésique universel d'ici à 2015

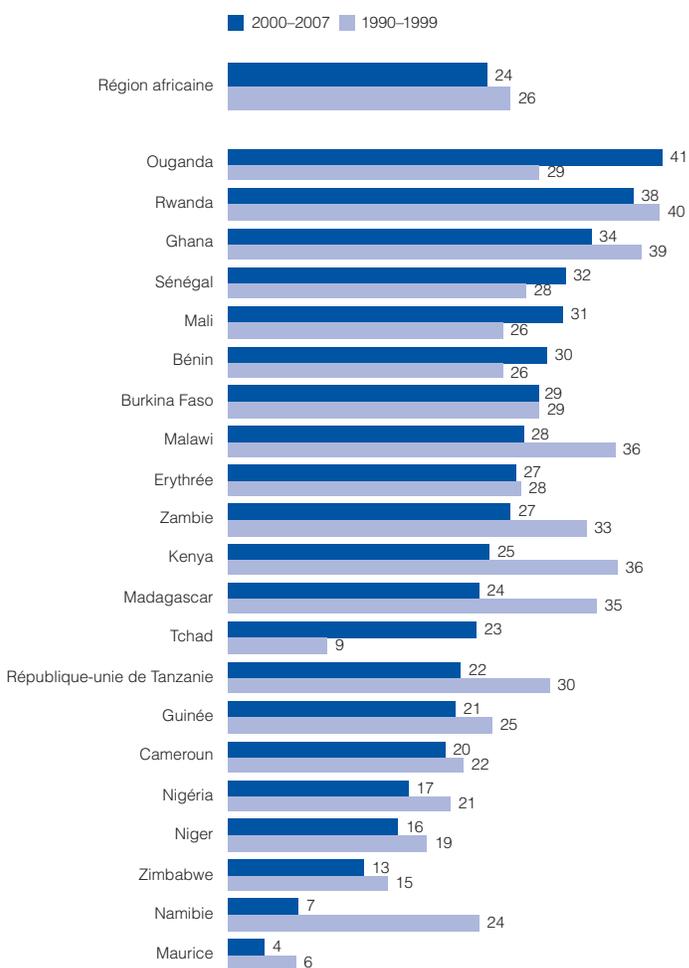


Figure 154: Pourcentage des besoins insatisfaits en matière de planification familiale* dans les pays de la Région africaine, 2000-2007 et 1990-1999

* La proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui sont mariées ou en union et qui ont un besoin non satisfait en planification familiale, c'est à dire qui ne veulent plus d'enfants ou qui veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un bébé et pourtant ne font pas recours à la contraception. Plus de détails peuvent être trouvés dans les sites: <http://www.unfpa.org> ou <http://www.un.org/esa/population/unpop.html>

OMD-6 (SIDA, Paludisme et Tuberculose)

Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle

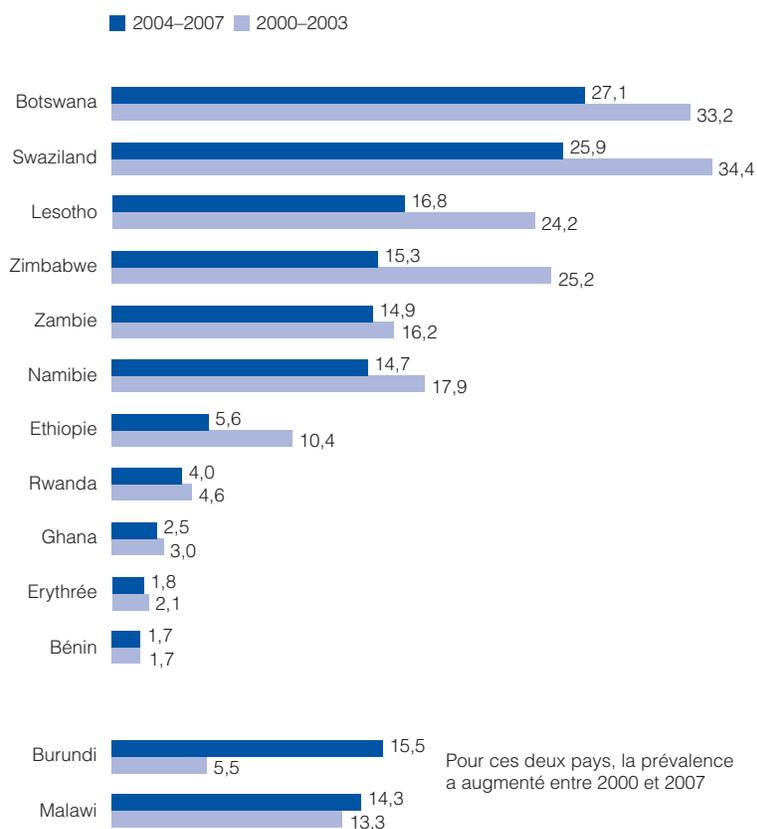


Figure 155: Pourcentage de femmes enceintes séropositives âgées de 15 à 24 ans dans 13 pays de la Région africaine disposant de données, 2004-2007 et 2000-2003

Pour ces deux pays, la prévalence a augmenté entre 2000 et 2007

5 Progrès sur les OMDs liés à la santé

Cible 6B: D'ici à 2015, assurer à tous ceux qui ont besoin, l'accès aux traitements contre le VIH/sida

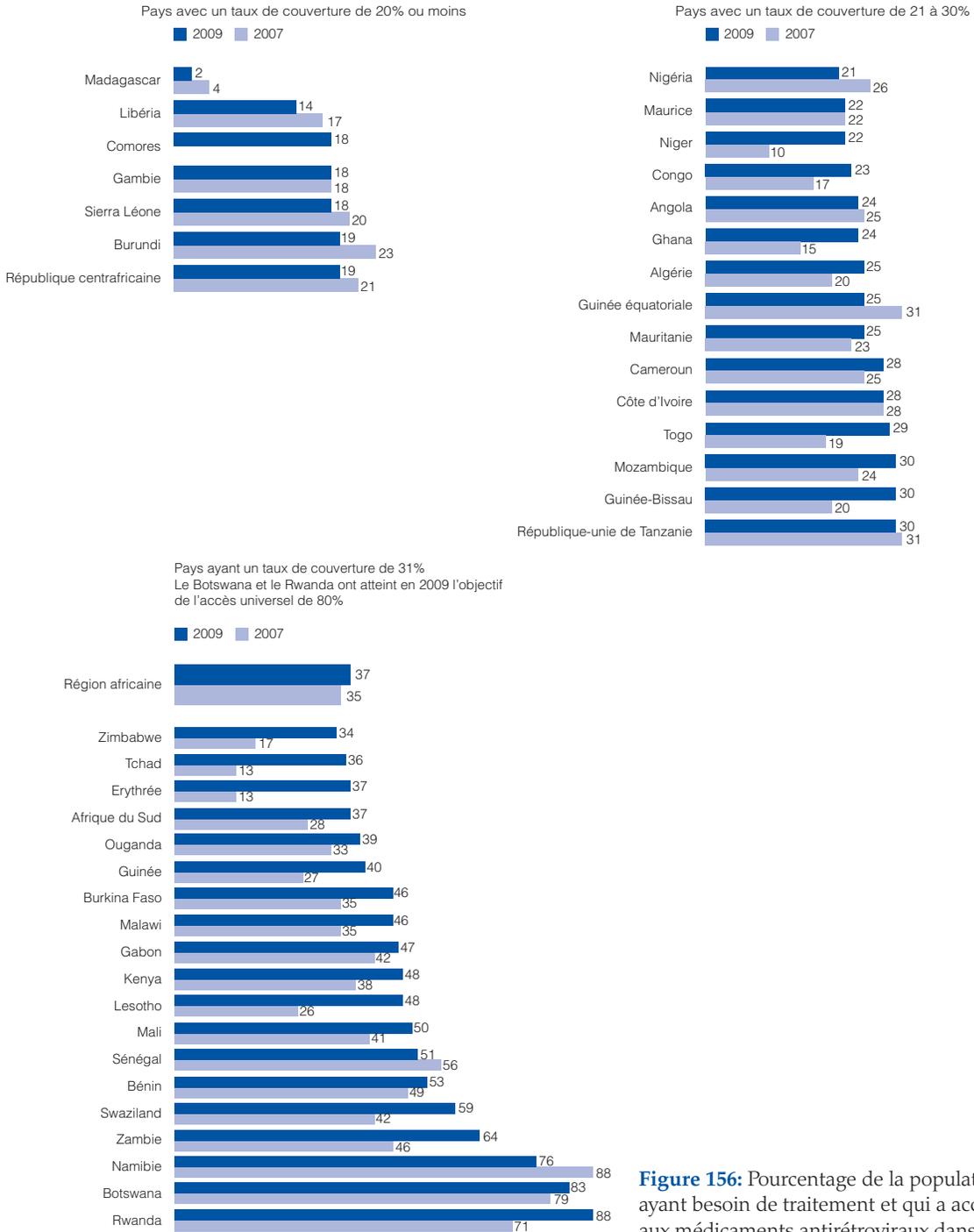


Figure 156: Pourcentage de la population ayant besoin de traitement et qui a accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays de la Région africaine, 2009 et 2007

OMD-6 (SIDA, Paludisme et Tuberculose)

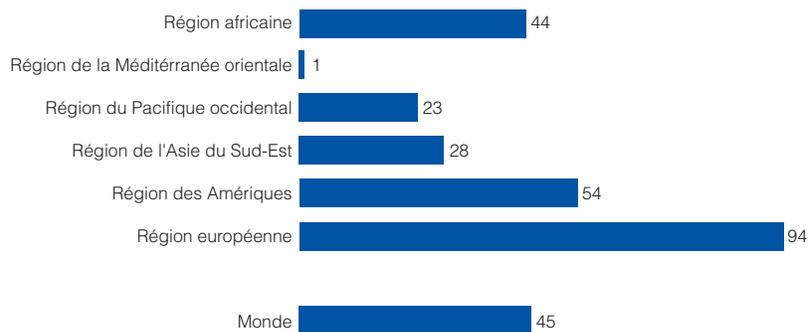


Figure 157: Pourcentage de la population vivant à un stade avancé de l'infection à VIH, recevant un traitement antiretroviral, 2007

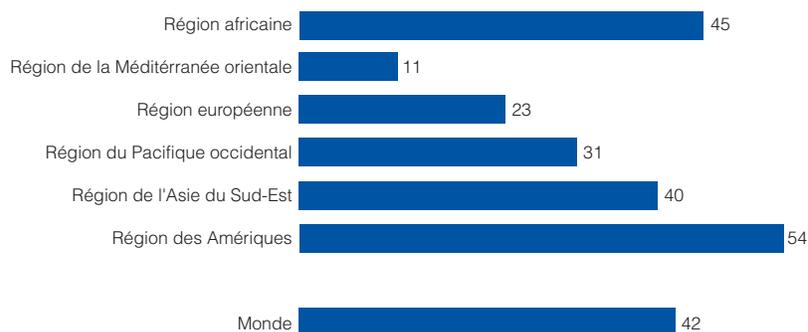


Figure 158: Pourcentage de femmes enceintes vivant avec l'infection à VIH recevant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant, 2008

5 Progrès sur les OMDs liés à la santé

Cible 6C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle

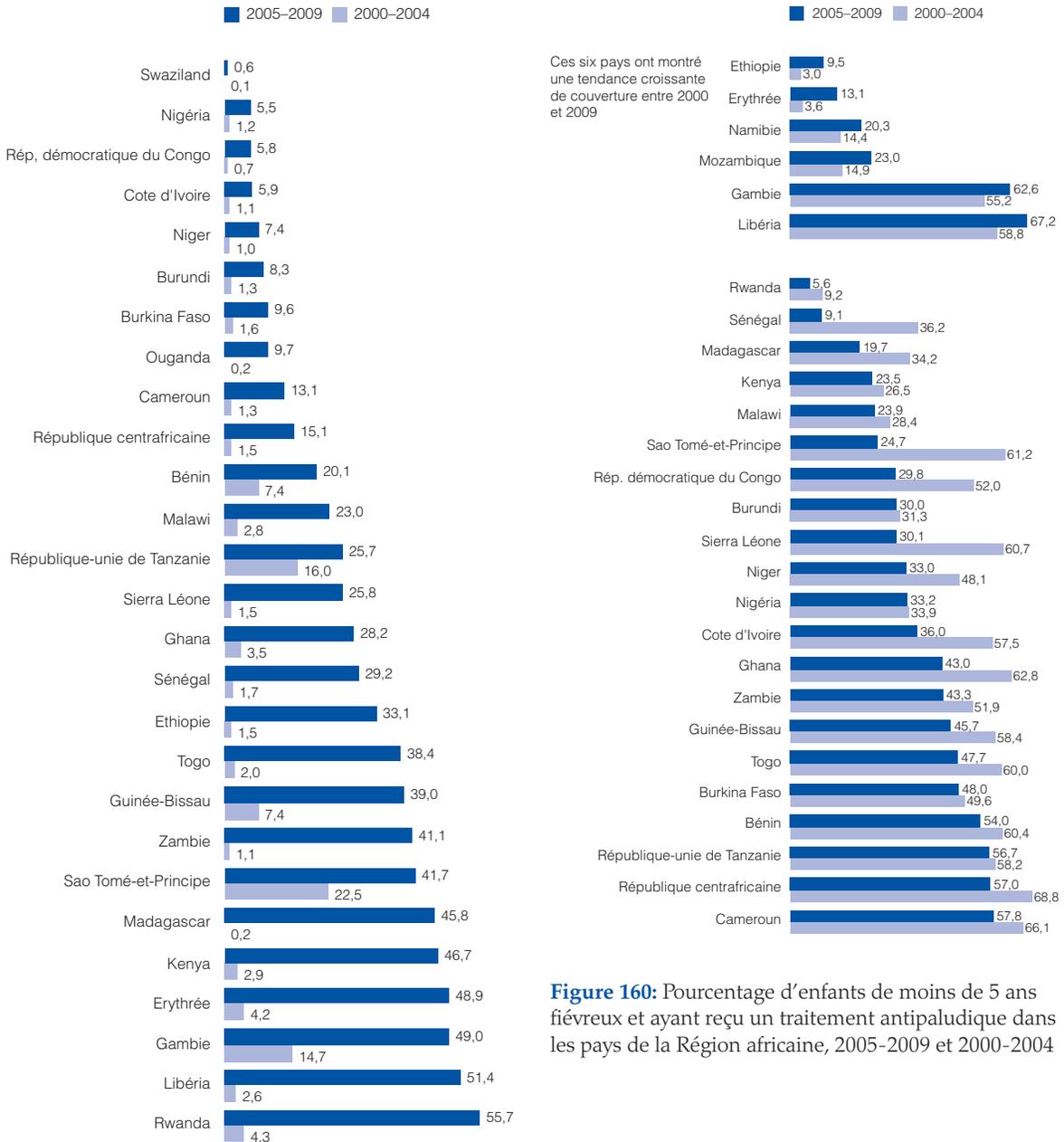


Figure 159: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans les pays de la Région africaine, 2005-2009 et 2000-2004

Figure 160: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique dans les pays de la Région africaine, 2005-2009 et 2000-2004

OMD-6 (SIDA, Paludisme et Tuberculose)

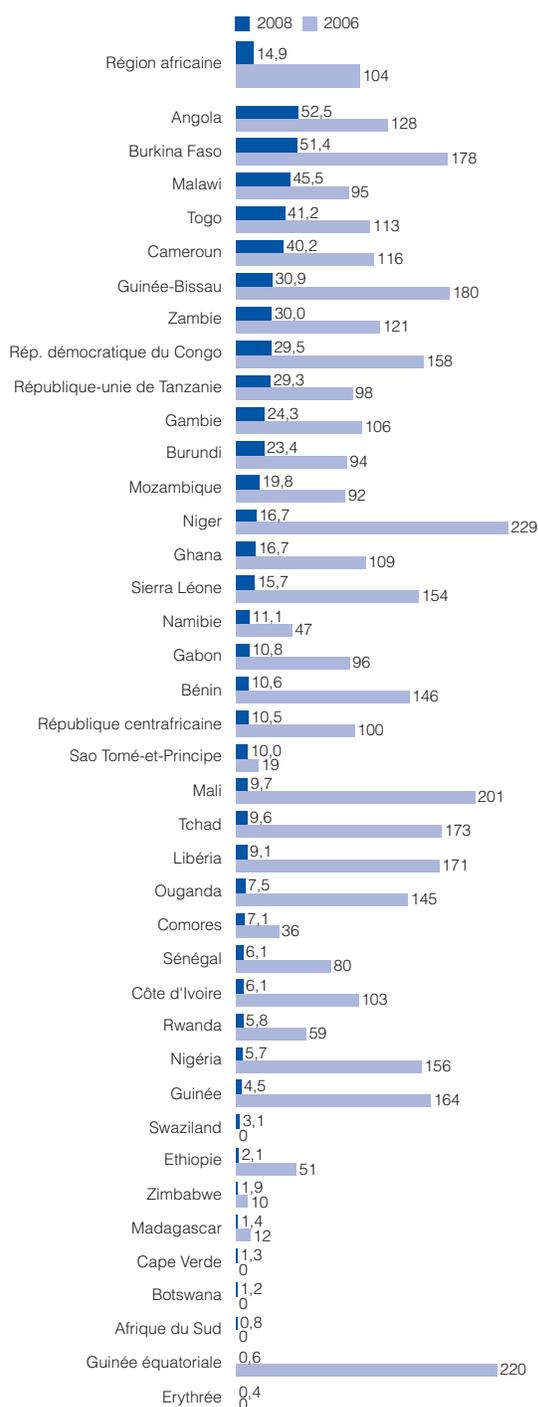


Figure 161: Taux de mortalité par paludisme pour 100.000 habitants, dans les pays de la Région africaine, 2008 et 2006.*

*Source: Enquêtes MICS, MIS, DHS Base de données OMS/AFRO 2010

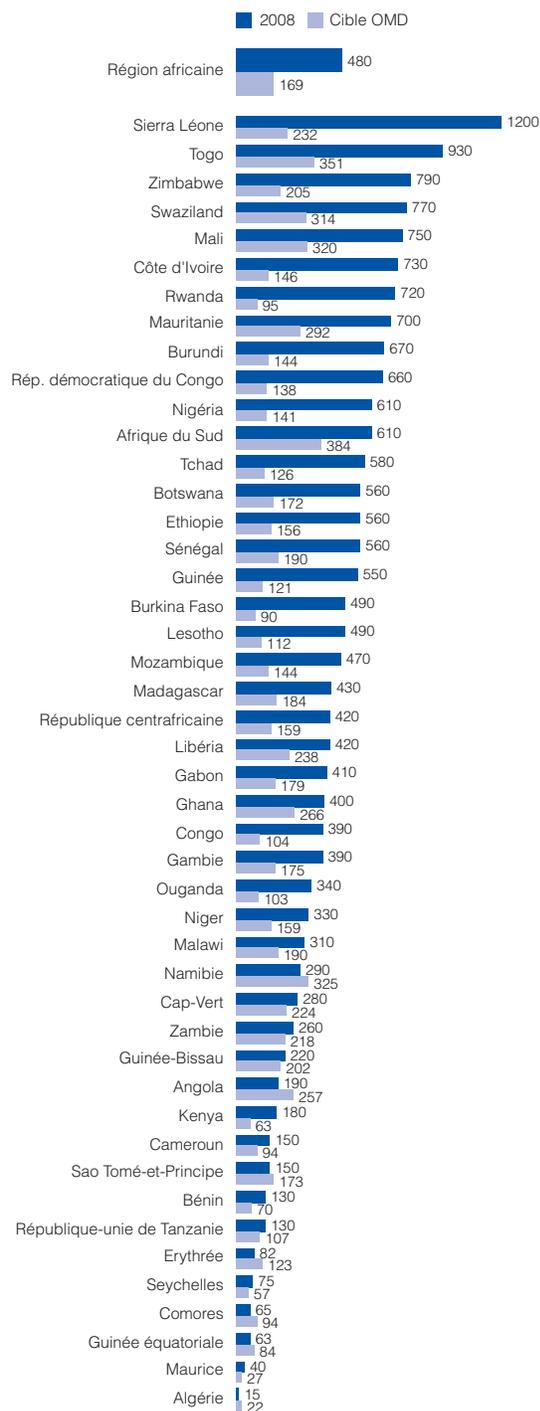


Figure 162: Prévalence de la tuberculose (pour 100.000 habitants) en 2008 et la cible OMD dans la Région africaine

OMD-1 (Enfants malnourris)

Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

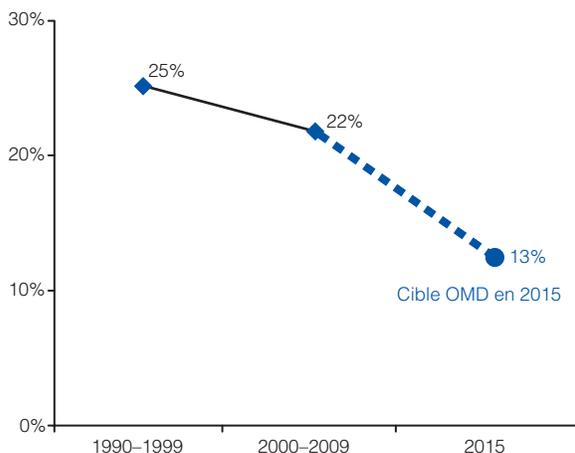


Figure 163: Tendence sur le taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes) dans la Région africaine de l'OMS, 1990-2008.t

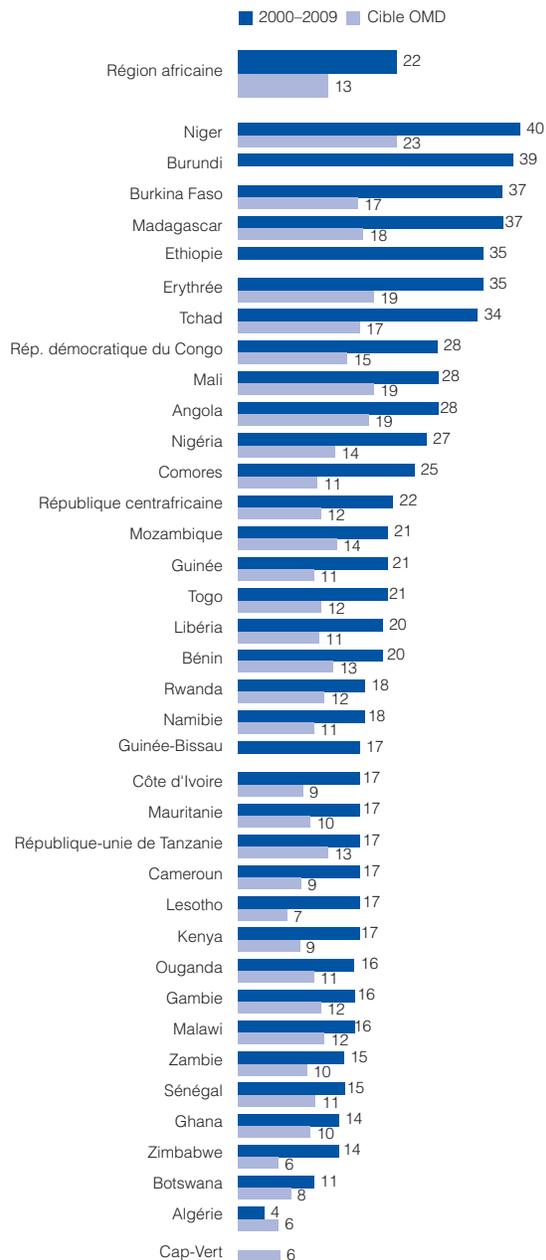


Figure 164: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral et de la cible OMD dans les pays de la Région africaine, 2000-2009

OMD-7 (Eau et assainissement)

Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

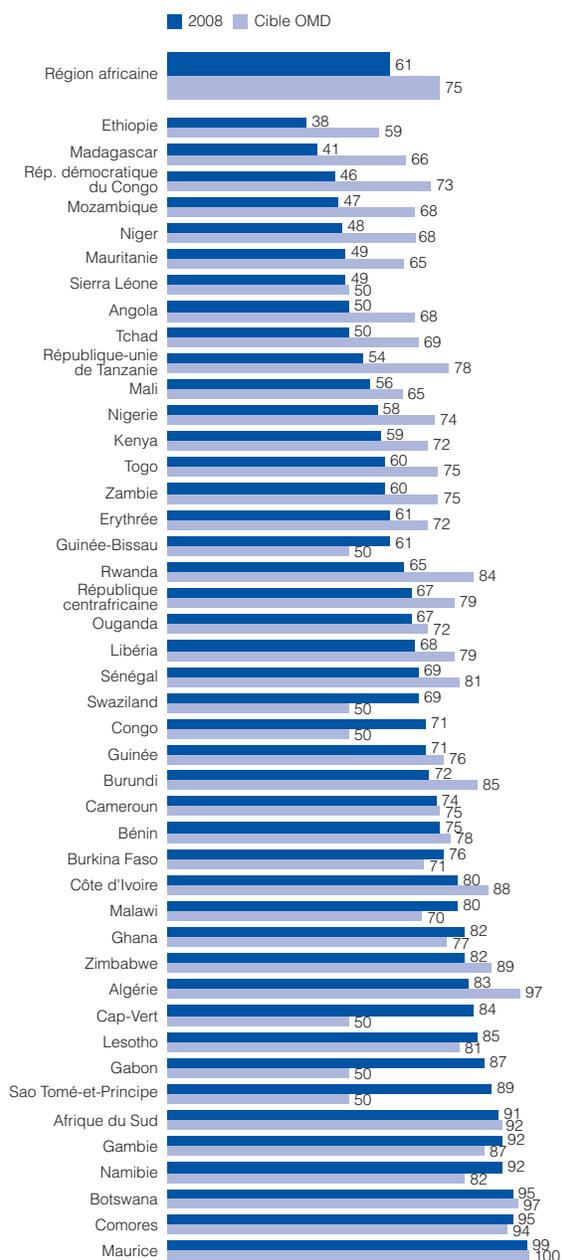


Figure 165: Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable en 2008, comparé à la cible OMD, dans les pays de la Région africaine.

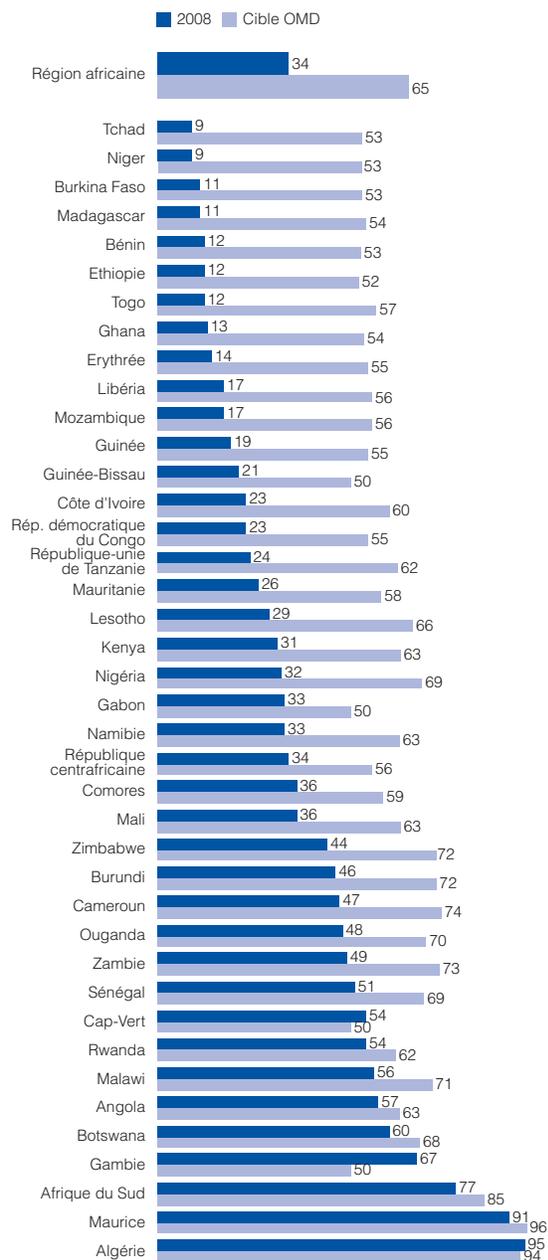


Figure 166: Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées en 2008, comparé à la cible OMD, dans les pays de la Région africaine

OMD-8 (Problèmes de la dette)

Cible 8D: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme

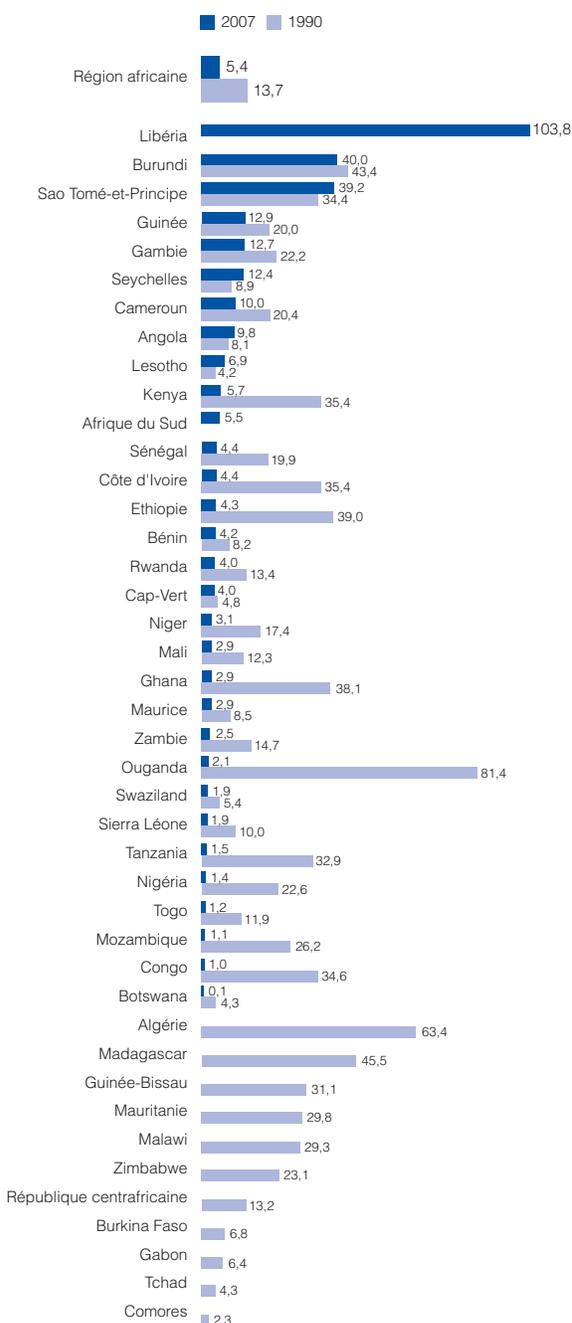


Figure 167: Service de la dette totale en pourcentage des exportations de biens, de services et de revenu.



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

• ETAT DE SANTÉ

1. Espérance de vie à la naissance

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

Définition : Âge en nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut atteindre si les taux de mortalité actuels ne changent pas.

Méthodes d'estimation : L'OMS a mis au point un modèle de courbe de survie, d'après 1800 courbes obtenues à partir de registres d'état civil jugés de bonne qualité. Pour les pays disposant d'un système d'état civil, on évalue l'exhaustivité de l'enregistrement des décès dans la population et l'on ajuste les taux de mortalité en fonction du résultat. Lorsqu'on disposait de registres d'état civil pour 2003, ceux-ci ont été utilisés directement pour construire la courbe de survie. Dans les pays où le système d'information fournit des séries chronologiques de courbes de survie annuelles, les paramètres ont été projetés à l'aide d'un modèle de régression pondérée, en accordant plus de poids aux années les plus récentes. Les valeurs projetées des deux paramètres des courbes de survie ont été ensuite appliquées au logit modifié du modèle de courbe de survie, dans lequel les données nationales les plus récentes fournissent la structure d'âge, afin de prédire une courbe de survie complète pour 2003. En cas d'insuffisance des sources pour les taux de mortalité en fonction de l'âge, la courbe de survie

est dérivée de l'estimation des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité chez l'adulte par application d'un modèle mondial (défini comme étant la moyenne des 1800 courbes de survie à l'aide d'un modèle de logit modifié).

Source : *Tables de mortalité des États Membres de l'OMS, Genève, OMS, 2010. Disponible sur le site* : www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm.

2. Espérance de vie en bonne santé (EVBS)

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

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

Méthodes d'estimation : Comme il n'existe pas de données comparables pour tous les pays sur les états de santé, on a appliqué une stratégie en quatre phases : les données de l'étude GBD sont utilisées pour estimer la prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe dans tous les pays. Les données de MCSS et de WHS sont utilisées pour faire une estimation indépendante de la

6 Notes explicatives

prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe pour les pays de l'enquête. On calcule la prévalence pour tous les pays en se basant sur les estimations de GBD, MCSS et WHS. On applique la méthode de Sullivan aux courbes de survie établies par l'OMS pour calculer l'espérance de vie en bonne santé dans les pays. Les estimations EVBS utilisent les méthodes décrites dans l'annexe statistique du *Rapport mondial sur la Santé 2004*.

Les estimations pour 2007 ont été révisées pour prendre en compte les estimations de la Charge mondiale de la morbidité pour les États Membres en 2004 et peuvent ne pas être comparables avec celles de 2002 publiées dans les Statistiques sanitaires mondiales 2007. Les agrégations par groupe de revenus sont basées sur la liste 2008 des économies de la Banque Mondiale.

3. Table de mortalité (Voir également Espérance de vie à la naissance)

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

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

4. Probabilité de décès (pour 1000) entre 15 et 60 ans (taux de mortalité des adultes)

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

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

Données de mortalité : Organisation mondiale de la Santé, 2010
(www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/).

5. Probabilité de décès (pour 1000) avant l'âge de cinq ans (taux de mortalité des moins de cinq ans) / Probabilité de décès (pour 1000) avant l'âge d'un an (taux de mortalité infantile)

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

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

Méthodes d'estimation : on regroupe les données empiriques provenant de différentes sources pour obtenir le niveau et les tendances de la mortalité des moins de cinq ans en ajustant une courbe sur les points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité et de la représentativité des données pour la population. Les statistiques récentes reposant sur les données disponibles dans la plupart des pays sont des estimations ponctuelles datant d'au moins trois ou quatre ans. Il faut donc faire des projections pour obtenir des estimations de la mortalité des moins de

cing ans valables pour l'année en cours. Celles-ci sont ensuite converties en taux de mortalité infantile correspondants à l'aide de modèles de courbes de survie comme celui mis au point par l'OMS pour les pays qui ont des données d'état civil de bonne qualité ou de courbes de survie du modèle Coale-Demeny pour les autres pays. On notera que la mortalité infantile calculée d'après enquêtes étant sujette à un biais de mémorisation, les estimations sont établies à partir de la mortalité des moins de cinq ans, ce qui ajoute une étape au calcul des taux de mortalité infantile.

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

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

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

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

mortalité maternelle, des modèles statistiques sont appliqués. Les estimations mondiales et régionales de la mortalité maternelle sont établies tous les cinq ans à l'aide d'un modèle de régression.

Sources : (i) Vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives. Rapport du Directeur régional. Brazzaville : Bureau régional OMS pour l'Afrique, 2009. (ii) La mortalité maternelle en 2005. Estimations développées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Genève : OMS, 2008. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213_eng.pdf

7. Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour 100.000 par cause

Justification : Les nombres de décès pour 100.000 habitants sont influencés par la répartition de l'âge dans la population. Deux populations avec les mêmes taux de mortalité par âge pour une cause de décès aura de différents taux de mortalité en général si les répartitions par âge de leurs populations sont différentes. Les taux de mortalité normalisés s'ajustent selon les différences dans la répartition de l'âge dans la population en appliquant les taux observés de mortalité par âge pour chaque population à une population standard.

Définition : Le taux de mortalité normalisé selon l'âge est une moyenne pondérée de la mortalité selon l'âge par 100.000 personnes, où les poids sont les proportions de personnes du groupe d'âge correspondant de la population standard de l'OMS. Les taux sont normalisés en fonction de l'âge selon les normes de la population mondiale de l'OMS. Voir Normalisation des taux selon l'âge : Une nouvelle norme de l'OMS. Genève, OMS, 2001 (GPE Discussion Paper Series No. 31). Disponible sur : www.who.int/healthinfo/paper31.pdf.

8. Années de vie perdues (pourcentage du total)

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

6 Notes explicatives

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

Source : Mortalité et Estimation de la Charge de morbidité pour les États Membres de l'OMS en 2004. Genève, OMS, 2009. Disponible sur : www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls. Les maladies transmissibles incluent les causes maternelles, les conditions rencontrées durant la période périnatale et les carences nutritionnelles. Les groupes de revenu sont ceux basés sur la liste 2004 de la Banque mondiale sur les économies. Le total des pourcentages individuels peut ne pas correspondre à 100% en raison de l'arrondissement.

9. Années de vie ajustées sur l'incapacité ou AVCI)

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

Méthodes d'estimation : des tables de mortalité indiquant les taux de mortalité toutes causes confondues par âge et par sexe pour les 192 États Membres de l'OMS ont été établies pour 2002 à partir des décès enregistrés, des systèmes d'enregistrement par échantillons (Inde, Chine) et des données sur la mortalité de l'enfant et de l'adulte obtenues par recensement et par enquête. La distribution des causes de décès a été établie à partir

des décès enregistrés dans 107 pays et des données issues d'études épidémiologiques dans la population, des registres de maladies et des systèmes de déclaration pour certaines causes de décès. Les causes de décès concernant les populations pour lesquelles le système d'enregistrement des décès ne fournit pas de données exploitables ont été estimées à l'aide de modèles sur les causes de décès et de données issues d'études épidémiologiques en population, de registres de maladies et de systèmes de déclaration pour 21 causes de décès spécifiques

10. Causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans (%)

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

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

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

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

Source : Données de mortalité, Genève, OMS, 2010. Disponible sur :

www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/.

• LE SYSTÈME DE SANTÉ

Financement de la santé

11. Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)

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

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

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

Définitions :

- Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB.
- Pourcentage du total des dépenses publiques consacré à la santé.
- Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux.

Méthodes d'estimation : Seulement 95 pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques. Les principales références internationales utilisées sont les statistiques sur les finances publiques et les statistiques financières internationales du Fonds monétaire international (FMI) ; les données sanitaires et les statistiques internationales sur le développement de l'OCDE ; et les statistiques des Nations Unies sur les comptes nationaux. Au nombre des sources nationales figurent : les rapports sur les comptes nationaux de la santé, les rapports sur les dépenses publiques, les annuaires statistiques et autres périodiques, les documents budgétaires, les rapports sur les comptes nationaux, les statistiques sur des sites Web officiels, les rapports des banques centrales, les rapports d'organisations non gouvernementales, les études universitaires, les rapports et renseignements fournis par les ministères et les instituts centraux de statistique.

Source : OMS, Comptes Nationaux de la Santé, Base de données des dépenses de santé des pays. Genève : OMS, Février 2010. Disponible sur : www.who.int/nha/country/. Les données régionales et mondiales sur les revenus sont calculées en utilisant les parités de pouvoir d'achat (PPA). Quand le nombre est inférieur à 0,05 %, le pourcentage peut apparaître comme zéro. Pour les indicateurs de dépenses par tête, il est égal à < 1. Dans les pays où l'année fiscale commence en Juillet, les données de dépenses ont été imputées sur le dernier calendrier (par exemple, les données de 2008 couvriront l'année fiscale 2007-08). Les valeurs absolues des dépenses sont exprimées en termes nominaux (prix courants). Les unités monétaires nationales exprimées en US\$ sont calculées en utilisant les taux moyens d'échange pour l'année. Pour 2008, l'utilisation des taux moyens d'échange (comparés avec les taux d'échange de fin d'année) peuvent ne pas représenter l'impact mondial de la crise financière.

6 Notes explicatives

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

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

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

17. Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé

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

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

20. Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux

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

Définitions : K indicateurs clés pour lesquels il existe des données :

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

- Distribution des secteurs public et privé dans le financement de la santé et leurs principales composantes, par exemple :
 - étendue de la sécurité sociale et de l'assurance privé.
 - charge des paiements directs pour les ménages
 - part des ressources extérieures dans le financement de la santé.

Termes associés :

- *Le produit intérieur brut (PIB)* est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou des non-résidents. Cela correspond au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence.
- *Les dépenses publiques générales* incluent les dépenses consolidées directes et indirectes, telles que les subventions et les versements, y compris les dépenses en capital, de l'Etat à tous les échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires.
- *Le total des dépenses de santé* est la somme des dépenses publiques générales de santé et des dépenses privées pour la santé pendant une année donnée, calculée dans la devise du pays aux prix courants. Elles comprennent les dotations destinées à maintenir, à restaurer ou à améliorer l'état de santé de la population. Elles sont effectuées en liquide ou en nature.
- *Les dépenses publiques générales de santé* représentent la somme des dépenses effectuées par les pouvoirs publics en vue de l'achat de services de santé et de biens. Elles comprennent les dépenses de santé faites par l'Etat à tous les échelons administratifs, par les organismes de sécurité sociale et les dépenses directes par des organismes para-étatiques ou des entreprises publiques. Les dépenses au titre de la santé comprennent la consommation finale, les subventions aux producteurs et les versements aux ménages (principalement les remboursements de factures médicales ou pharmaceutiques). Elles comprennent à la fois les dépenses de fonctionnement et d'investissement (y compris les transferts de capitaux) engagées au cours de l'année. Outre des fonds nationaux, elles englobent des ressources extérieures (principalement des subventions attribuées par le truchement des pouvoirs publics ou des prêts attribués par la voie du budget national).

- *Les dépenses de sécurité sociale pour la santé (SSHE)* comprennent les dépenses pour les achats de biens de santé et de services par les régimes qui sont obligatoires et contrôlés par le gouvernement. Ces régimes de sécurités sociales qui s'appliquent uniquement à un groupe sélectionné de la population, comme les employés du secteur public seulement, sont également inclus ici.
 - *Les dépenses de santé financées par des ressources extérieures* regroupent toutes les subventions et tous les prêts en liquide ou en nature destinés à des biens ou des services de santé, qu'ils passent par le canal de l'administration publique ou d'organismes privés.
 - *Les dépenses de santé privées* sont définies comme la somme des dépenses de santé correspondant aux entités et rubriques suivantes :
 - *Systemes de prépaiement et de répartition des risques* sont les dépenses des régimes d'assurance privée et les régimes privés d'assurance sociale (sans contrôle du gouvernement sur le taux de paiement et les fournisseurs participants, mais avec de larges directives du gouvernement)
 - *Les dépenses de santé des entreprises* sont les dépenses par des entreprises privées pour les soins médicaux et avantages de santé autres que le paiement à la sécurité sociale ou d'autres systèmes prépayés.
 - *Les Institutions sans but lucratif servant principalement les ménages* effectuent des dépenses mais leur statut ne leur permet pas d'être une source de gain financier pour les unités qui les établissent, les contrôlent ou les financent. Cela comprend le financement à partir de sources internes et externes.
 - *Les dépenses imprévues des ménages* comprennent les dépenses directes des ménages, y compris les pourboires et les paiements en nature aux praticiens de la santé et aux fournisseurs de produits pharmaceutiques, d'appareils thérapeutiques, et d'autres biens et services. Cela comprend les paiements directs des ménages de biens et services de soins de santé aux prestataires publics et privés, les institutions à but non-lucratif, et le partage des coûts non remboursables tels que les franchises, les tickets modérateurs et les honoraires.
 - *Taux de change* : le nombre moyen annuel ou le nombre en fin d'année d'unités de la devise nécessaires pour le change dans le système bancaire.
 - *Dollars internationaux* : calculés en divisant la devise locale par l'estimation de la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par rapport au dollar américain, c'est-à-dire que c'est une mesure qui atténue les différences de niveau des prix d'un pays à l'autre
- Sources d'information et méthodes d'estimation :**
Une centaine de pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou ont communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques (1998-2004). Les projets d'actualisation ont été soumis aux ministères de la santé, qui ont fait des commentaires et apporté des informations supplémentaires.
- Pour en savoir plus sur les sources et les méthodes, consulter le site www.who.int/nha.

Personnel de santé

21. Nombre de :

- médecins pour 10000 habitants
- infirmiers pour 10000 habitants
- sages-femmes pour 10000 habitants

Justification : La disponibilité et la composition des ressources humaines dans le domaine de la santé est un indicateur important de la solidité du système de santé. Il n'y a pas de consensus au sujet du nombre optimal d'agents de santé pour une population donnée, mais les bases factuelles montrent l'existence d'une corrélation positive entre les effectifs et la qualité de leur travail dans le cadre de la couverture vaccinale, de la stratégie avancée des soins de santé primaires et la survie de la mère et de l'enfant.

Définitions :

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

6 Notes explicatives

- *Sages-femmes* : sages-femmes qualifiées, sages-femmes auxiliaires et sages-femmes à formation courte. Les accoucheuses traditionnelles sont classées dans la catégorie des agents de santé communautaires.
- *Dentistes* : Dentistes, assistants et techniciens dentistes
- *Pharmaciens* : Pharmaciens, assistants et techniciens pharmaciens
- *Agents travaillant pour l'environnement ou la santé publique* : comprennent des agents de santé environnementale et publique, agents d'assainissement, hygiénistes, techniciens de la santé publique et de l'environnement, des agents de santé de district, les techniciens du paludisme, les inspecteurs des boucheries, les superviseurs de santé publique et des professions similaires.
- *Agents de santé communautaires* : comprennent les praticiens de la médecine traditionnelle, les guérisseurs, les assistant / les travailleurs communautaires d'éducation sanitaire, les agents de santé communautaires, les travailleurs de la santé familiale, les matrones, les travailleurs de la santé du paquet minimum d'activité, les sages-femmes communautaires, le personnel soignant communautaire et les accoucheuses traditionnelles.
- *Les laborantins* : comprennent les scientifiques travaillant dans les laboratoires, les assistants de laboratoire, les techniciens de laboratoire et les radiologues.
- *Autres agents de santé* : inclut un grand nombre de professions tels que les diététiciens et les nutritionnistes, les assistants médicaux, les ergothérapeutes, les opérateurs d'équipement médical et dentaire, les optométristes et les opticiens, les physiothérapeutes, les podologues, les ingénieurs prothésistes / les orthésistes, les psychologues, les thérapeutes respiratoires, les pathologistes et les stagiaires en médecine et les internes.
- *Gestion de la santé et travailleurs de soutien* : comprennent les directeurs généraux, des statisticiens, des juristes, des comptables, des secrétaires médicales, des jardiniers, des techniciens en informatique, le personnel ambulancier, le personnel s'occupant du nettoyage, de la construction et du génie, le personnel administratif qualifié et le personnel de soutien en général.

Méthodes d'estimation : Aucune méthode d'estimation n'a été développée.

Source : OMS, Atlas mondial du personnel de santé, Genève ; OMS, 2009. Disponible sur <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp> . Consulter cette source pour de nouvelles mises-à-jour, les statistiques temporelles et les données désagrégées, ainsi que les métadonnées. En général, les données relatives au dénominateur pour calculer la densité du personnel de santé (à savoir les estimations de la population nationale) ont été obtenues à partir de la base de données «World Population Prospects » de la division Population des Nations Unies. Dans certains cas, des rapports officiels fournis uniquement des indicateurs de densité de la main-d'œuvre, à partir de laquelle les estimations de nombres absolus ont été calculées. Selon l'organisation des systèmes nationaux de santé et des moyens de suivi, les données peuvent ne pas être comparables entre les pays. Les données de l'année antérieures à 2000 ont été exclues de cette édition.

Produits médicaux et équipements

22. Nombre de lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants

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

Définition : Nombre de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants.

Méthodes d'estimation : Données empiriques uniquement avec ajustement éventuel pour la sous-notification (établissements privés manquants). Les données additionnelles sont compilées par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Information sanitaire – Couverture par l'enregistrement des faits d'état civil

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

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

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

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

Sources : (i) *Annuaire démographique des Nations Unies, 2007*. New York : United Nations Statistics Division, 2009. Available at : <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/2007%20DYB.pdf>; (ii) New York : Division des Statistiques des Nations Unies, 2009. Disponible sur : <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/2007%20DYB.pdf>, (iii) la base de données de mortalité OMS : Tables. Genève : OMS, 2009. Disponible sur : www.who.int/healthinfo/mortables.

PROGRAMMES SPECIFIQUES ET SERVICES

24. Taux estimatif d'adultes (15 ans et plus) morts du VIH/SIDA (pour 1000) / Taux estimatif d'enfants de moins de 15 ans d'âge morts du VIH/SIDA (pour 1000)

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

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

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

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

Source : Basé sur le Rapport 2008 sur l'épidémie mondiale du Sida. Genève, ONUSIDA et OMS, 2008. Voir Annexe : *Estimations des données du VIH et du sida, 2007 et 2001*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp211_234_en.pdf. Les gammes des estimations sont disponibles à partir de ce document. Les chiffres globaux et régionaux de l'OMS sont mis à jour pour l'année 2008. Les groupes de revenu sont ceux basés sur la liste 2008 de la Banque mondiale sur les économies.

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

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

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

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

6 Notes explicatives

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

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

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

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

Source : *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires du VIH / SIDA dans le secteur santé : Rapport de progrès 2008*. Genève : OMS, UNAIDS, UNICEF, 2008. Les chiffres de l'OMS de niveaux mondial et régional sont mis à jour pour l'année 2008. Les groupes de revenu sont ceux basés sur la liste 2008 de la Banque mondiale sur les économies.

27. Incidence de la tuberculose

Justification : L'incidence (cas qui se produisent pendant une période donnée) donne une indication de la charge de la tuberculose dans une population et de l'ampleur de la tâche que doivent accomplir les programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Elle peut changer à la suite de changements dans la transmission (fréquence à laquelle les

gens contractent *Mycobacterium tuberculosis*, le bacille qui cause la tuberculose) ou l'évolution de la fréquence à laquelle les porteurs du bacille développent la maladie (du fait d'un changement d'état nutritionnel ou de la contamination par le VIH). La tuberculose pouvant se développer chez des sujets contaminés de nombreuses années auparavant, la lutte antituberculeuse a un effet moins rapide sur l'incidence que sur la prévalence ou la mortalité. La cible 6 de l'Objectif du Millénaire pour le Développement consiste notamment à avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015. L'OMS estime qu'en 2004, l'incidence de la tuberculose par personne était stable ou orientée à la baisse dans cinq des six Régions de l'OMS, mais qu'elle augmentait à l'échelle mondiale au rythme de 0,6 % par an. L'exception était la Région africaine, où il semble que l'incidence continue d'augmenter, mais de moins en moins rapidement chaque année. La stratégie Halte à la tuberculose, appliquée conformément au plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015, devrait permettre d'inverser la tendance à la hausse dans le monde d'ici 2015.

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

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

incidence = notification des cas / proportion des cas dépistés

incidence = prévalence / durée de la pathologie

incidence = risque annuel d'infection par la TB x coefficient de Styblo

incidence = décès / proportion de cas incidents qui meurent.

Les données proviennent de toutes les formes de tuberculose, y compris la tuberculose dans les personnes vivant avec l'infection VIH

Source : *Lutte mondiale contre la Tuberculose : Une brève mise à jour. Rapport 2009*. Genève, OMS,

2009 (OMS / HTM/TB/2009.426). Disponible sur : www.who.int/tb/publications/global_report. Les Régions de l'OMS et les groupes de pays dont les revenus sont agrégés comprennent les territoires.

28. Prévalence de la tuberculose

Justification : La prévalence et la mortalité sont des indicateurs directs de la charge de la tuberculose. Elles indiquent le nombre de personnes qui souffrent de la maladie à un moment donné et le nombre de personnes qui en meurent chaque année. En outre, elles reflètent rapidement les progrès de la lutte contre la maladie, car un traitement efficace et précoce raccourcit la durée moyenne de la pathologie (et diminue de ce fait la prévalence) et réduit le risque de décès (et par conséquent la mortalité). L'objectif du Millénaire pour le développement No. 6 consiste à « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » (y compris la tuberculose). Il est assorti de la cible 6c « d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » et de l'indicateur 6.9 et 6.10 des OMD « taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liés à cette maladie ». Le partenariat Halte à la tuberculose a approuvé les cibles connexes consistant à réduire, d'ici 2015, la prévalence et la mortalité par personne de 50 % par rapport à 1990. Il existe peu de données fiables pour déterminer la prévalence de la tuberculose et la mortalité liées à cette maladie, en particulier pour 1990, l'année de référence. Il semble toutefois, d'après les meilleures estimations dont on dispose aujourd'hui, que l'application du plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015 permettra de diviser par deux, d'ici 2015, les taux de prévalence et de mortalité dans le monde et dans la plupart des Régions, sauf en Afrique et en Europe orientale.

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

Méthodes d'estimation : Les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les méthodes employées pour estimer les taux de prévalence de la tuberculose et de mortalité liées à cette maladie sont expliquées en détail ailleurs. Les estimations de la prévalence de la tuberculose par pays découlent

le plus souvent des estimations de l'incidence, associées à la durée supposée de la pathologie. On suppose que la durée de la maladie varie selon que les cas ont un frottis positif ou non, qu'ils sont traités dans le cadre d'un programme DOTS ou non ou ne sont pas traités du tout et qu'ils sont ou non porteurs du VIH.

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

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

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

30. Tuberculose : Succès du traitement dans le cadre de la stratégie DOTS

Justification : Le succès du traitement est un indicateur de la performance du contrôle national de lutte antituberculeuse des programmes. En plus de l'avantage évident pour les patients, un traitement efficace des maladies infectieuses des cas de tuberculose est essentiel pour prévenir la propagation de l'infection. Détecter et traiter avec succès une grande proportion des cas de tuberculose devraient avoir un impact immédiat sur la prévalence de la tuberculose et la mortalité. En réduisant la transmission, traiter avec succès la majorité des cas affectera aussi, avec quelque retard, l'incidence de la maladie.

Définition : La proportion de nouveaux cas à frottis positif de cas de tuberculose enregistrés sous DOTS pendant une année donnée et qui a complété avec succès le traitement, que ce soit avec preuve bactériologique de la réussite («guéris») ou sans («traitement achevé»). A la fin du traitement, chaque patient est affecté à l'un des résultats des six traitements exclusifs : guéri; achevé; mort; échoué; défaut; et transféré avec issue inconnue. Les proportions de cas assignés à ces résultats, plus tout

6 Notes explicatives

cas supplémentaires enregistrés pour un traitement mais non affecté à un résultat, ajouter jusqu'à 100% de cas enregistrés. Le taux de succès thérapeutique est le pourcentage de nouveaux patients à frottis positifs enregistrés pour un traitement qui ont été guéris (avec confirmation en laboratoire) ou qui ont terminé leur cours de traitement.

Source : *Lutte contre la tuberculose au niveau mondial : une brève mise à jour : Rapport 2009*. Genève : OMS, 2009 (OMS/HTM/TB/2009.426). Disponible sur : www.who.int/tb/publications/global_report. Les Régions de l'OMS, les groupes de revenus et les agrégats au niveau mondial comprennent les territoires.

31. Mortalité due à la tuberculose

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

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

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

Ces derniers sont classés comme des décès par tuberculose conformément à la *Classification*

statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision. Genève, OMS, 1992.

Source : *Lutte contre la tuberculose au niveau mondial : une brève mise à jour : Rapport 2009*. Genève : OMS, 2009 (OMS/HTM/TB/2009.426). Disponible sur : www.who.int/tb/publications/global_report. Les Régions de l'OMS, les groupes de revenus et les agrégats au niveau mondial comprennent les territoires.

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

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

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

Méthodes d'estimation : Pour la prévention, l'indicateur est le pourcentage d'enfants de moins de

cinq ans qui reçoivent des antipaludiques efficaces lors d'un épisode de fièvre. Les informations sont directement obtenues par enquête auprès des ménages. Les valeurs empiriques sont directement enregistrées et on ne fait pas d'autres estimations.

33. Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (%)

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

Définition : Pourcentage d'enfants de 5 ans d'âge dans les zones d'endémie palustre ayant dormi sous une MI la nuit précédente; MI étant définie comme une moustiquaire qui a été traitée dans les 12 mois ou un filet insecticide longue durée (MILD).

Méthodes d'estimation : Données empiriques uniquement.

Source : *Rapport mondial sur le paludisme 2009*, l'annexe 6. Genève : OMS, 2009. Disponible sur : www.who.int/malaria/world_malaria_report_2009/mal2009_annex6_0010.pdf.

34. Nombre de cas de poliomyélite

Justification : L'Assemblée mondiale de l'OMS de 1988 (WHA) a appelé à l'éradication mondiale de la poliomyélite. Le nombre de cas de poliomyélite est utilisé pour surveiller les progrès vers cet objectif et d'éclairer les stratégies d'éradication. Les pays mettent en œuvre des stratégies basées sur la vaccination de routine (par exemple jours de vaccination nationaux et campagnes sous-nationales) ou des activités plus ciblées de ratissage, selon les niveaux de cas de poliomyélite.

Définition : Les cas suspects de poliomyélite flasque aiguë (PFA), d'autres pathologies paralytiques et des contacts avec des cas de poliomyélite qui sont confirmés par examen de laboratoire ou sont compatibles avec une infection de la polio.

Méthodes d'estimation : Les estimations de cas de polio sont fondées exclusivement sur des données brutes de la surveillance.

Source : Données de l'OMS proviennent de l'Initiative d'Eradication de la Polio du 12 Janvier 2010. Des mises-à-jour peuvent être trouvées à l'adresse : www.who.int/immunization_monitoring/en/maladies/poliomyelite/case_count.cfm. Des cas confirmés de polio se réfèrent à tout poliovirus circulant (sauvages poliovirus circulant et de poliovirus d'origine vaccinale (cVDPV)).

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

- Une dose de vaccin antirougeoleux
- Trois doses de vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC3) (%)
- Trois doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3) (%)

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

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

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

6 Notes explicatives

Sources : Sauf indication contraire, les données sont dérivées à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) menées depuis 2000. Les chiffres proviennent des EDS et sont compilés en utilisant STATcompiler (www.measuredhs.com/). Lorsqu'ils ne sont pas disponibles à l'aide du logiciel STATcompiler, les chiffres ont été extraits directement à partir des rapports EDS. Pour certains pays et certains indicateurs, il y avait des différences les chiffres extraits des rapports des pays et ceux de STATcompiler. Dans ces cas, suite aux discussions avec le groupe MESURE DHS et ICF Macro, les données des rapports nationaux ont été utilisés. De plus amples informations concernant la source des données par pays peuvent être obtenues sur demande auprès de l'OMS.

36. Couverture des soins prénatals (%)

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

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

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

Source : UNICEF, *Base de données mondiale sur la santé maternelle*. New York : UNICEF, 2010. Disponible sur : www.childinfo.org/antenatal_care_country.php.

37. Accouchements par césarienne (%)

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

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

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

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

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

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

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

Source : *Base de données mondiale de l'OMS sur les indicateurs de santé maternelle*, 2009, mise à jour. Genève : OMS, 2009. Disponible sur : www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/index.html. En vue d'améliorer la comparabilité au fil du temps, les chiffres rapportés sont issus, dans la mesure du possible, de manière générale de sources de données comparables. Par conséquent, les chiffres rapportés ne se réfèrent pas aux données disponibles les plus récentes. Se référer à la source des informations plus complètes sur les tendances dans le temps et les métadonnées.

39. Taux de couverture contraceptive (%)

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

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

Méthodes d'estimation : Données empiriques uniquement.

Source : *Utilisation mondiale de la contraception 2009*. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et des affaires sociales, Secrétariat des Nations Unies, 2009, (POP/DB/CP/Rev2009).

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

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

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

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

Source : Les données proviennent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et excluent les données de routine rapportées par les pays. *Le Rapport 2008 sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, OMS, 2008. Disponible sur : www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp ; Voir Annexe 2: Indicateurs de progrès des pays.

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

Justification : Les infections respiratoires sont à l'origine de près de 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. Le nombre des moins de cinq ans présentés à un prestataire de soins qualifié est un indicateur important à la fois de la couverture des interventions et de la propension à consulter, et il donne des indications très utiles

sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des OMD relatifs à la survie de l'enfant.

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

Méthodes d'estimation : Données empiriques.

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

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

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

Methods of estimation : Données empiriques.

43. Enfants de 6-59 mois d'âge qui ont reçu une supplémentation en vitamine A

Justification : La supplémentation en vitamine A est considérée comme une intervention cruciale pour la survie des enfants en raison de la preuve solide qui existe de son impact sur la mortalité infantile. Par conséquent, la mesure de la proportion d'enfants qui ont reçu la vitamine A dans les 6 derniers mois est crucial pour le monitoring de la couverture des interventions dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des OMD relatifs à la survie de l'enfant.

Définition : Proportion d'enfants de 6-59 mois d'âge qui ont reçu une dose élevée de supplémentation en vitamine A dans les 6 derniers mois

Méthodes d'estimation : Données empiriques.

Source : Données compilées par l'OMS à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS) et à des Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Janvier 2010. Disponible sur : www.who.int

6 Notes explicatives

measuredhs.com et www.unicef.org/statistics/index_24302.html.

44. Prévalence de l'utilisation actuelle du tabagisme chez les adolescents (13-15 ans)

Justification : Le risque de maladies chroniques commence dans la petite enfance, et l'usage du tabac pendant l'âge adulte. Le tabac est une substance addictive, et développe la perception du risque dès l'adolescence. Au moment où le risque à la santé est reconnu, les personnes accros peinent à arrêter l'usage du tabac.

Définition : La prévalence de l'usage du tabac (y compris fumer, chiquer ou sniffer) plus d'une occasion dans les 30 jours précédant l'enquête, parmi les adolescents de 13-15 ans.

Source : OMS / CDC *Enquête mondiale sur le tabagisme des jeunes (GYTS)*. Genève : OMS, 2010. Disponible sur : www.cdc.gov/tabac/global/GYTS/results.htm. Les données se rapportent à l'usage du tabac sous n'importe quelle forme dans les 30 derniers jours.

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

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

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

Méthodes d'estimation : Données empiriques uniquement.

Source : Basé sur le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale du Tabac, 2009: Mise en œuvre Environnements sans fumée. Genève : OMS, 2009.

Disponible sur : www.who.int/tobacco/mpower/en/ ; Voir l'Annexe VII : Les estimations de prévalence normalisées selon l'âge pour les États Membres de l'OMS, 2006. «Fumer» est défini comme la pratique du tabagisme au moment de l'enquête sous toute forme de tabac, y compris les cigarettes, cigares, pipes, bidis, etc,... et exclus la pratique du tabagisme sans fumée. Ces chiffres représentent des taux de prévalence normalisés selon l'âge, du tabac à fumer, et ne doit être utilisé pour établir des comparaisons entre les pays de prévalence et entre les hommes et les femmes dans un pays. Ils ne devraient pas être utilisés pour calculer le nombre des fumeurs dans un pays, une région ou un groupe de revenus, ou à l'échelle mondiale.

46. Proportion d'enfants de moins de cinq ans

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

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

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

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

Source : *Base de données mondiale sur la croissance des enfants et la malnutrition*. Genève : OMS, 2009. Disponible sur : www.who.int/nutgrowthdb/database/en . Les estimations de la prévalence sont basées sur les normes OMS.

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

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

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

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

Source : *UNICEF Base de données mondiale sur les faibles poids à la naissance*. New York : UNICEF, 2009. Disponible à l'adresse : www.childinfo.org/low_birthweight_table.php (Novembre 2009 Mise à jour).

48. Prévalence des adultes (15 ans et plus) qui sont obèses (%)

Justification : La prévalence du surpoids et l'obésité chez les adultes a augmenté au niveau mondial. Les adultes obèses (Indice de Masse corporelle - IMC ≥ 30.0 kg/m²) ont un risque élevé d'effets indésirables sur le métabolisme, y compris une pression artérielle élevée, cholestérol, triglycérides et de résistance à l'insuline. Par la suite, une augmentation de l'IMC de façon exponentielle augmente le risque des maladies non transmissibles

(MNT), telles que les maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux ischémiques et diabète de type 2 sucré. L'augmentation de l'IMC est également associée à un risque accru de cancer.

Définition : Pourcentage des adultes obèses (IMC ≥ 30.0 kg/m²) parmi la population adulte totale (15 ans et plus).

Méthodes d'estimation : Les estimations sont encore sous élaboration et seront publiées ultérieurement. Seules des enquêtes anthropométriques représentatives au niveau national avec ou sans auto-déclaration du poids et de la taille (surtout dans les pays à revenu élevé) sont inclus dans les *statistiques sanitaires mondiales 2006*.

Les comparaisons entre pays peuvent être limitées en raison de différences dans les caractéristiques de l'échantillon ou des années de l'enquête.

Source : *Base de données mondiale sur l'indice de masse corporelle*. Genève, OMS, 2010. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/bmi .

• DETERMINANTS CLES DE LA SANTE

49. Population ayant un accès à :

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

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

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

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

6 Notes explicatives

Source : *Programme commun OMS / UNICEF de surveillance pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement*. Genève : OMS et l'UNICEF, 2010. Disponible sur : www.wssinfo.org/fr/welcome.html.

50. Population utilisant des combustibles solides (%)

Justification : L'utilisation de combustibles solides dans les ménages est associée à une mortalité accrue due aux pneumonies et autres infections respiratoires aiguës inférieures chez les enfants, ainsi que l'augmentation de la mortalité due aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et le cancer du poumon (dans le cas où le charbon est utilisé) chez les adultes. Il est également un indicateur des OMD.

Définition : Pourcentage de la population utilisant des combustibles solides.

Méthodes d'estimation : Les données provenant d'enquêtes et les recensements sont utilisées telles que rapportées dans les sondages et des recensements. Tous les pays avec un revenu national brut (RNB) par habitant dépassant 10.500 dollars américains sont supposés avoir fait une transition complète vers la cuisine avec des combustibles solides. Pour les pays à faible et moyen revenu avec un RNB par habitant en-dessous de 10.500 dollars américains et pour lesquels aucune donnée n'est disponible sur l'utilisation des combustibles solides dans les ménages, un modèle de régression basé sur le RNB, le pourcentage de la population rurale, et l'emplacement ou la non-localisation au sein de la Région de la Méditerranée orientale est utilisée pour estimer l'indicateur.

Ces estimations sont basées sur des méthodes développées et mises en œuvre par le Programme commun OMS / UNICEF de surveillance pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Dans le cas où des informations sont disponibles sur l'utilisation de combustibles solides pendant deux ou plusieurs années séparées (espacées d'au moins 5 ans d'intervalle) la régression linéaire est effectuée. La droite de régression linéaire est extrapolée jusqu'à 2 ans avant la dernière enquête et jusqu'à 2 ans avant la plus nouvelle enquête. En dehors de ces délais, l'extrapolation de ligne de régression est plate pour 4 ans dans les deux sens. Lorsque la couverture atteint 0% ou 100%, une ligne horizontale est tracée à partir de l'année avant que la couverture n'atteigne 0% ou 100%. Pour les pays qui utilisent moins de 5% de combustibles solides, 0% est supposé être utilisé pour le calcul

des agrégats au niveau régional et mondial ; pour les pays avec plus de 95%, 95% est supposé être utilisé dans le calcul de l'agrégat.

Source : *Base de données OMS Utilisation de l'énergie par les ménages*. Genève : OMS, Disponible sur : www.who.int/indoorair/health_impacts/he_database/en/.





Les données et statistiques de base constituent le noyau de tout système d'information sanitaire, sans lequel il serait impossible d'analyser les bases factuelles et d'en extraire la connaissance orientée vers l'action nécessaire à la prise de décision.

La mise en place d'un Observatoire africain de la Santé et d'observatoires nationaux est une démarche visant à combler les lacunes des connaissances et à renforcer les systèmes de santé dans la Région africaine, par la fourniture d'un accès facile aux informations de qualité optimale, aux bases factuelles et à la connaissance, et par la promotion de leur utilisation pour l'élaboration des politiques et la prise de décision.

La publication intitulée *Analyse de la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS: Atlas de statistiques sanitaires 2011* présente, en format numérique et graphique, les meilleures données disponibles pour les indicateurs sanitaires de base des 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS.

Grâce au soutien et à la collaboration des pays, les éditions futures de la présente publication de l'Atlas seront un important produit d'information de l'Observatoire recelant d'informations sanitaires régulièrement actualisées.