

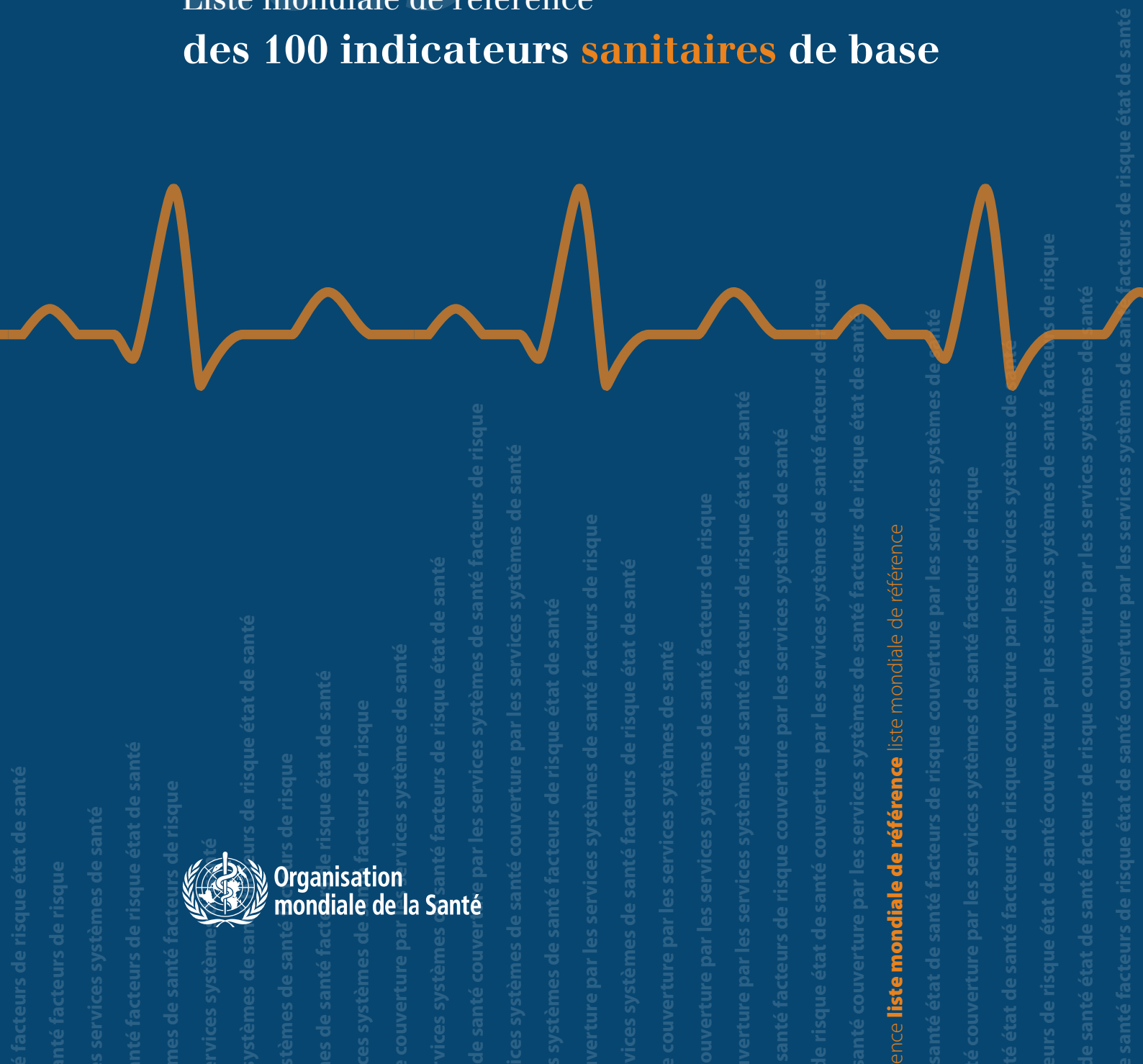
2015

Liste mondiale de référence

des 100 indicateurs **sanitaires** de base



Organisation
mondiale de la Santé



2015

Liste mondiale de référence

des 100 indicateurs **sanitaires** de base



Organisation
mondiale de la Santé

WHO/HIS/HSI/2015.3

© **Organisation mondiale de la Santé 2015**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique et mise en page : Reto Schürch

Contents

Remerciements	8
Abréviations	9
Contexte	10
Champ d'application	10
Objectif	11
Classification des indicateurs	14
Processus et critères de sélection des indicateurs	15
Processus	15
Hiérarchisation des indicateurs	16
Métadonnées	17
Processus de mise à jour	19
Les 100 indicateurs sanitaires de base 2015	20
Annexe 1 : Les 100 indicateurs sanitaires de base	23
Indicateurs de l'état de santé	25
Espérance de vie à la naissance	26
Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans	27
Taux de mortalité des moins de 5 ans	28
Taux de mortalité infantile	29
Taux de mortalité néonatale	30
Taux de mortinatalité.....	31
Ratio de mortalité maternelle.....	32
Taux de mortalité par tuberculose.....	33
Taux de mortalité liée au sida	34
Taux de mortalité due au paludisme	35
Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète	36
Taux de suicide.....	37
Taux de mortalité due aux accidents de la circulation	38
Taux de fécondité des adolescentes	39
Indice synthétique de fécondité.....	40
Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale	41
Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et d'autres maladies à déclaration obligatoire	42
Taux d'incidence du VIH.....	43
Taux de prévalence du VIH.....	44
Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B.....	45
Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)	46

Taux d'incidence de la tuberculose	47
Taux de notification de la tuberculose	48
Taux de prévalence de la tuberculose	49
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	50
Taux d'incidence du paludisme	51
Incidence du cancer, par type de cancer	52

Indicateurs des facteurs de risque **53**

Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois.....	54
Initiation précoce de l'allaitement au sein	55
Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés.....	56
Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance.....	57
Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation.....	58
Prévalence de l'anémie chez les enfants	59
Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer	60
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque	61
Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre.....	62
Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre	64
Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer.....	66
Niveau de pollution atmosphérique en ville.....	67
Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus).....	68
Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus	69
Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale.....	70
Obésité et surpoids chez l'adulte (<i>également : chez l'adolescent</i>).....	71
Hypertension chez l'adulte.....	72
Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte.....	73
Apport en sel	74
Activité physique insuffisante chez l'adulte (<i>également: chez l'adolescent</i>)	75
Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime	76

Indicateurs de la couverture par les services **77**

Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes.....	78
Taux de prévalence de la contraception.....	79
Couverture par les soins anténatals	80
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié.....	81
Couverture par les soins postnatals	82
Demande de soins pour des symptômes de pneumonie	83
Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO).....	84
Couverture par la supplémentation en vitamine A	85
Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national	86
Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé	87
Prévention de la transmission mère-enfant	88
Couverture par les soins de l'infection à VIH.....	89
Couverture par le traitement antirétroviral (TAR).....	90
Suppression de la charge virale du VIH.....	91
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH.....	92

Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute	93
Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux	94
Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme	95
Taux de détection des cas de tuberculose	96
Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante	97
Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes	98
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide	99
Traitement des cas de paludisme confirmés	100
Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent	101
Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées	102
Dépistage du cancer du col de l'utérus	103
Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves	104
Indicateurs des systèmes de santé	105
Taux de mortalité périopératoire	106
Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse	107
Ratio de mortalité maternelle hospitalière	108
Revue des décès maternels	109
Taux de rétention sous TAR	110
Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose	111
Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques	112
Utilisation des services	113
Accès aux services de santé	114
Densité des lits d'hôpitaux	115
Disponibilité des médicaments et des produits essentiels	116
Densité et distribution du personnel de santé	117
Diplômés des établissements préparant aux professions de santé	118
Couverture par l'enregistrement des naissances	119
Couverture par l'enregistrement des décès	120
Complétude des rapports des établissements de santé	121
Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)	122
Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes	123
Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes	124
Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes	125
Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement	126
Ratio des dépenses en santé catastrophiques	127
Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes	128
Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)	129

Remerciements

Le présent document est le résultat des consultations techniques du groupe de travail inter-agences sur la charge associée aux indicateurs et à la notification, mis en place par les dirigeants d'agences sanitaires internationales en septembre 2013 et présidé par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ce document a été élaboré par le Département Statistiques sanitaires et systèmes d'information (HSI) de l'OMS, en étroite collaboration avec les programmes techniques de l'OMS, à partir d'une série de consultations techniques et d'une évaluation collégiale par des experts techniques provenant des pays et des points focaux de partenaires internationaux et multilatéraux et de groupes de référence techniques : Fondation Bill & Melinda Gates ; Ministère des affaires étrangères, du commerce et du développement (MAECD) (Canada) ; Commission européenne ; Ministère des affaires étrangères (France) ; Alliance GAVI ; Ministère fédéral de la coopération économique et du développement (Allemagne) ; Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Agence japonaise de coopération internationale (Japon) ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; Agence norvégienne de coopération pour le développement (Norad) ; Fondation Rockefeller ; Ministère des affaires étrangères (Suède) ; AID des États-Unis d'Amérique (USAID) ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique ; Département de la santé et des services sociaux des États-Unis d'Amérique (HHS) ; Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; Département du développement international (DFID) (Royaume-Uni) ; Groupe de la Banque mondiale.

Abréviations

ARV	Antirétroviral
CIM	Classification internationale des maladies
DHS	Enquêtes démographiques et de santé
FAOSTAT	Base de données statistiques de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
IHP	Partenariat international pour la santé
IMC	Indice de masse corporelle
IVA	Inspection visuelle après application d'acide acétique/vinaigre
JMP	Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
MNT	Maladie non transmissible
MSH	Management Sciences for Health
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PID	Pulvérisation intradomiciliaire, ou pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
RSI	Règlement sanitaire international
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
TAR	Traitement antirétroviral
TPIg	Traitement préventif intermittent contre le paludisme pour les femmes enceintes
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UN-IGME	Groupe Inter-agence de l'Organisation des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Lors de leur réunion informelle du 24 septembre 2013 à New York (États-Unis d'Amérique), les dirigeants d'agences sanitaires internationales ont décidé de mettre en place un ensemble de points focaux de haut niveau, issus des agences participantes, afin de procéder à un examen critique de leurs exigences de notification respectives vis-à-vis des pays, dans le but de réduire la charge que représente cette notification pour les pays. Un groupe de travail inter-agences sur la charge associée aux indicateurs et à la notification, composé de 19 membres et présidé par le Directeur général de l'OMS, a été créé. Il a rapidement évalué la charge que représentent les indicateurs et la notification pour le suivi sanitaire. Cette évaluation a comporté une analyse de la situation dans le monde et au niveau national. Ses principaux constats et recommandations ont été publiés dans un rapport intitulé « *A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring* ». ¹

Ce rapport a montré comment les investissements mondiaux dans les programmes de suivi et d'évaluation de maladies et d'initiatives spécifiques des agences ont abouti à l'élaboration d'un très grand nombre d'indicateurs, à plusieurs définitions différentes pour ces indicateurs, à une périodicité variable des notifications, à la fragmentation de la collecte de données et à l'absence de coordination des efforts destinés à renforcer les capacités des agences nationales. Dans ces conditions, la notification représente donc une lourde charge pour les pays, et les inefficiences qui ont été pointées nuisent au renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux.

D'après le groupe de travail, les agences mondi-

ales doivent tout d'abord mieux aligner ces investissements et en améliorer l'efficacité de façon à rationaliser et à réduire les exigences actuelles de notification, et alléger ainsi la charge que cette notification représente pour les pays. L'OMS a donc établi conjointement avec les pays et ses partenaires internationaux et multilatéraux une liste mondiale de référence de 100 indicateurs sanitaires de base que la communauté internationale doit utiliser en priorité pour suivre les progrès aux niveaux national et mondial, pérenniser l'appui aux programmes et obtenir des ressources et des financements. Cette liste a été élaborée à partir de listes existantes qui ont été recommandées par les organes directeurs d'instances internationales et des forums, des initiatives sanitaires mondiales et régionales, des groupes de référence techniques ou des programmes spécifiques.

Champ d'application

La Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base, désignée ci-après par « *La liste mondiale de référence* », est un ensemble standard de 100 indicateurs de base considérés comme prioritaires par la communauté internationale pour fournir des informations concises sur la situation sanitaire et les tendances en matière de santé, y compris des réponses aux niveaux national et mondial. *La Liste mondiale de référence* comprend des indicateurs qui présentent un intérêt pour la notification aux niveaux national, régional et mondial, couvrant l'ensemble des priorités sanitaires mondiales liées aux objectifs sanitaires de l'après-2015 en rapport avec les Objectifs de développement durable.² Il s'agit du programme des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), mais

¹ A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring. Rapport élaboré pour le groupe de travail inter-agences sur les indicateurs et les exigences de notification, Département Statistiques sanitaires et systèmes d'information. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

² Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>.

aussi de priorités nouvelles et émergentes comme les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et d'autres questions relatives au programme de développement pour l'après-2015.

La Liste mondiale de référence n'est pas une liste d'indicateurs exclusive, et n'est pas destinée à limiter le recueil d'informations aux seules informations répondant aux besoins en matière de gestion et de programmes. Elle est plutôt destinée à servir de document général de référence et d'orientation pour les indicateurs standard et leurs définitions, mis à la disposition des pays pour leurs activités de suivi conformément à leurs propres priorités et capacités dans le domaine de la santé.

Objectif

La Liste mondiale de référence a pour objectif de contribuer à la réduction des exigences de notification et de favoriser un meilleur alignement ainsi que l'accroissement des investissements dans une plateforme de pays pour les résultats et la redevabilité dans le secteur de la santé. Cette plateforme sert à toutes les notifications mondiales.³ *La Liste*

mondiale de référence vise la rationalisation et encourage les parties prenantes à ne prendre en compte que les indicateurs les plus importants et les plus décisifs.

La Liste mondiale de référence est un instrument au service d'un objectif.

Elle est principalement destinée à :

- faciliter le suivi des résultats en matière de santé aux niveaux national et mondial ;
- réduire le trop grand nombre et la duplication des exigences de notification ;
- améliorer l'efficacité des investissements dans le recueil des données au niveau des pays ;
- améliorer la disponibilité et la qualité des données sur les résultats ; et
- améliorer la transparence et la redevabilité.

La déclaration publiée par les dirigeants d'agences sanitaires internationales à l'issue de leur réunion du 24 septembre 2014, présentée ci-après, place la Liste mondiale de référence dans un contexte plus large.

³ Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Déclaration du groupe de travail sur les indicateurs et la charge représentée par les exigences en matière d'établissement de rapports, septembre 2014

Préambule

- a. La présente déclaration est le fruit des efforts d'un groupe de travail multi-agences, créé en septembre 2013 par les responsables mondiaux de la santé et présidé par la direction générale de l'OMS. Il avait pour mission de chercher à réduire le nombre d'indicateurs et la charge représentée par les exigences en matière d'établissement de rapports. Les 27 et 28 août 2014, le groupe de travail et les représentants des pays et de la société civile se sont réunis sous l'égide du IHP+ à Genève afin de préparer ensemble et de rédiger une déclaration qui pourra ensuite être examinée par les responsables des agences mondiales pour la santé.
- b. Comme le précise le cadre de suivi & d'évaluation du IHP+, des systèmes solides de suivi & d'évaluation dans les pays ont les caractéristiques suivantes : un plan national de suivi & d'évaluation exhaustif ; des capacités institutionnelles chez les acteurs étatiques et non-étatiques ; un cadre de suivi & d'évaluation qui stipule quels sont ses indicateurs clés ; des sources de données et l'analyse et l'utilisation de ces données ; et des mécanismes nationaux transparents et inclusifs facilitant les revues et l'action. Un ensemble d'indicateurs clés testés, pertinents, équilibrés et parcimonieux est essentiel pour contribuer au renforcement général des systèmes nationaux de suivi & d'évaluation et de la redevabilité.

Liste mondiale de référence de 100 indicateurs sanitaires de base

- a. *La Liste mondiale de référence* des 100 indicateurs sanitaires de base pour le suivi des résultats est un ensemble standard de 100 indicateurs qui ont été identifiés par la communauté internationale pour fournir des informations concises sur la situation et les tendances sanitaires, y compris des réponses à l'échelle nationale et internationale. *La Liste* comporte des indicateurs de pertinence pour l'établissement de rapports aux niveaux national, régional ou mondial ; elle concerne toutes les priorités sanitaires mondiales liées au programme des OMD, mais aussi les priorités nouvelles et émergentes comme les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et d'autres questions clés relatives au programme de développement après 2015. Cette Liste sera un « document vivant », autrement dit elle sera actualisée régulièrement à mesure que les technologies se développent, que de nouvelles priorités émergent et que les interventions évoluent.
- b. *La Liste d'indicateurs* contribuera à réduire les exigences en matière d'établissement de rapports et à favoriser un meilleur alignement et des investissements plus judicieux dans les systèmes nationaux de données et de suivi & d'évaluation. La Liste ne tient pas compte des indicateurs qui sont nécessaires à la gestion plus détaillée des programmes aux niveaux national et infranational ou encore au suivi financier de subventions et projets spécifiques. On recommande cependant d'investir aussi dans le suivi des indicateurs relatifs à la gestion de projets spécifiques de manière à renforcer les systèmes nationaux de suivi & d'évaluation, et à minimiser l'utilisation de systèmes parallèles pour l'établissement de rapports qui ne sont pas interopérables avec le système national d'information sanitaire. *La Liste d'indicateurs* et les comportements décrits ci-dessous sont rédigés dans l'esprit du IHP+ et doivent être entendus dans ce contexte.
- c. Les objectifs de *la Liste mondiale d'indicateurs* de base sont de :
 - réduire le trop grand nombre et la duplication des exigences de notification ;
 - servir de document général de référence et d'orientation pour les indicateurs standard et leur définition ;
 - améliorer l'efficacité des investissements dans le recueil des données au niveau des pays ;
 - améliorer la disponibilité et la qualité des données sur les résultats ; et
 - améliorer la transparence et la redevabilité.
- d. *La Liste mondiale d'indicateurs* de base fournit des orientations normatives, et elle n'est ni nécessaire ni exclusive. Elle sert à :
 - faciliter le suivi des résultats de santé aux niveaux national et mondial ;
 - faciliter la sélection d'indicateurs prioritaires ;
 - fournir une base aux partenaires mondiaux pour la rationalisation et l'alignement des exigences en matière d'établissement de rapports sur les résultats ;
 - contribuer à améliorer la qualité des bases de données mondiales sur les résultats en matière de santé ;
 - davantage harmoniser les investissements faits dans les systèmes de données et les capacités analytiques des pays ;
 - refléter l'évolution des priorités publiques en matière de santé, et elle doit donc être gérée et actualisée de manière durable.

Les partenaires mondiaux doivent aspirer aux comportements suivants

- a. Utiliser les indicateurs de base pour rationaliser les exigences en matière d'établissement de rapports : baser leurs exigences en matière d'établissement de rapports sur les résultats sur *la Liste mondiale d'indicateurs* de base, y compris la ventilation (par sexe, âge, statut socio-économique, lieu de résidence) et les investissements liés dans le renforcement des systèmes de suivi & d'évaluation.
- b. Aligner leurs cycles d'établissement de rapports : rationaliser le contenu et la fréquence des exigences en matière d'établissement de rapports et les aligner progressivement avec les pratiques de suivi en place dans les pays.
- c. Veiller à ce que les investissements dans le recueil de données au niveau mondial répondent aux besoins des systèmes nationaux de données et de suivi & d'évaluation, y compris la qualité des données, de la manière la plus efficace possible.
- d. Attribuer une partie importante des investissements au renforcement des capacités institutionnelles des pays et de leurs systèmes de suivi & d'évaluation, y compris ceux des acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux.
- e. Élargir le suivi de manière à pouvoir mesurer les résultats généraux des pays, ce qui pourra éventuellement inclure leurs contributions spécifiques à des résultats collectifs.

Bons comportements au niveau pays (y compris exemples d'action)

- a. Les pays prennent les devants pour investir eux-mêmes dans le renforcement de leur plateforme de suivi & d'évaluation, dont les attributs et caractéristiques doivent correspondre au cadre de suivi du IHP+. Exemples de comportements :
 - l'existence d'un plan national de suivi & d'évaluation qui soit de qualité, complet et chiffré ;
 - un système de suivi & d'évaluation doté d'un personnel adapté et qualifié, aux échelons central et infranational ;
 - l'institutionnalisation de mécanismes de routine permettant d'évaluer la qualité des données de façon indépendante, y compris des bases de données de qualité, accessibles et transparentes et des mécanismes explicites pour le partage et l'utilisation des données par les acteurs étatiques et non-étatiques ;
 - un système régulier d'enquêtes auprès des ménages ;
 - la remise de rapports de résultats de qualité et en temps voulu pour les revues annuelles conjointes du secteur de la santé et les autres processus de redevabilité ;
 - l'usage systématique de solutions numériques communes, durables et interopérables lorsque cela est possible et approprié ; et
 - l'existence d'un mécanisme de coordination efficace, piloté par le pays, pour le suivi & l'évaluation, avec la collaboration et le soutien actifs des partenaires du développement, de la société civile et les autres acteurs non-étatiques concernés.
- b. Les partenaires du développement soutiennent le renforcement d'une plateforme unique, pilotée par les pays, pour l'information et la redevabilité, conformément aux termes du cadre du IHP+ pour le suivi des stratégies nationales de santé. Exemples de comportements :
 - le soutien au plan de suivi & d'évaluation du pays, y compris à l'alignement progressif du suivi et des revues spécifiques à des programmes avec la stratégie générale de santé, en utilisant les mêmes indicateurs, les mêmes collectes de données, et les mêmes cycles ;
 - l'utilisation d'un cadre commun d'investissement qui s'appuie sur l'évaluation complète des besoins du pays pour une période de plusieurs années ;
 - l'alignement, avec le système de suivi du pays, des exigences en matière d'établissement de rapports concernant des subventions spécifiques, selon un processus d'alignement progressif utilisant les mêmes indicateurs ;
 - des investissements dans les recueils et le contrôle de la qualité des données afin de renforcer les plateformes nationales de suivi et de redevabilité, y compris des enquêtes et des collectes de données dans les établissements de santé ; et
 - des investissements dans des solutions numériques communes, durables et interopérables, et l'utilisation de ces solutions numériques, lorsque cela est possible et approprié.

Classification des indicateurs

Un très grand nombre d'indicateurs et de définitions d'indicateurs ont été élaborés par, entre autres, des organisations internationales, des groupes de référence et des groupes inter-agences, des pays, des universitaires et des groupes menant des actions de sensibilisation. Les indicateurs sont souvent utilisés à diverses fins, telles que la gestion des programmes, l'allocation des ressources, le suivi des progrès dans un pays donné, le financement axé sur les résultats ou l'établissement des rapports mondiaux.

La Liste mondiale de référence des indicateurs sanitaires de base présente ces indicateurs selon différentes dimensions. Premièrement, chaque indicateur est rattaché à l'un des quatre domaines suivants : état de santé, facteurs de risque, couverture par les services et systèmes de santé. Ce dernier domaine englobe la prestation des services, notamment la qualité des soins, le financement de la santé, les médicaments essentiels, le personnel de santé et l'information sanitaire.

Deuxièmement, chaque indicateur est divisé en plusieurs sous-domaines : maladies transmissibles (VIH/sida, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées, flambées de maladies/épidémies), santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (dont la santé sexuelle, les droits de procréation et la vaccination),

maladies non transmissibles (dont les maladies chroniques, la promotion de la santé, la nutrition, la santé mentale et l'abus de substances psychoactives), traumatismes, violence et environnement.

La troisième dimension correspond aux différents niveaux de la chaîne de résultats (intrants, extrants, résultats et impact), conformément au cadre technique défini par l'IHP+ pour le suivi et l'évaluation (S&E).⁴ Non seulement ce cadre facilite l'identification des indicateurs de base pour chaque composante de la chaîne de résultats, mais il relie également les indicateurs aux systèmes et méthodes de collecte de données des pays, il met en avant la nécessité d'analyser et de synthétiser les données provenant de différentes sources, ainsi que d'évaluer régulièrement la qualité de ces données, et montre comment elles doivent être communiquées et utilisées pour les notifications nationales et mondiales.

Ce cadre a également servi à élaborer un cadre de suivi de la couverture sanitaire universelle.⁵ L'accent est mis sur la couverture par les interventions et sur la protection contre le risque financier, d'après les informations recueillies pour une sélection d'indicateurs mesurant les intrants des systèmes de santé, la prestation et la qualité des services, ainsi que les résultats sur le plan de la santé et du développement.

⁴ Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

⁵ La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, mesures et objectifs. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Groupe de la Banque mondiale, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf?ua=1, consulté le 7 juillet 2014).

Processus et critères de sélection des indicateurs

Processus

Le processus de sélection d'un ensemble de 100 indicateurs sanitaires de base servant de référence mondiale a été dicté par les exigences prioritaires pour le suivi lié aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), par les exigences relatives à la mesure de la couverture sanitaire universelle, des maladies non transmissibles et d'autres nouveaux problèmes sanitaires mondiaux, ainsi que par le programme de développement pour l'après-2015.

À cette fin, un bilan initial a été réalisé pour inventorier les ensembles d'indicateurs mondiaux existants et les exigences de notification. Ces indicateurs et ces exigences résultent d'accords ou d'initiatives ou ont été définis par des groupes de référence mondiaux. Ce bilan a pris en considération les indicateurs concernant :

1. Le suivi des résolutions et des engagements internationaux pris par les pays, tels que les déclarations et les résolutions des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Quelques exemples :

- Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) définis par les Nations Unies
- Les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé qui sont associées au suivi des engagements internationaux⁶
- La Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida
- Les indicateurs recommandés par la

Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant⁷

- Le Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).
2. Les indicateurs et les exigences de notification, pour des maladies et des programmes spécifiques, recommandés par des groupes de référence techniques pour le suivi et l'évaluation et via des processus faisant intervenir les Nations Unies, les organisations multilatérales ou bilatérales et les pays.

Quelques exemples :

- Groupe de référence technique pour le suivi et l'évaluation de l'initiative RBM (Faire reculer le paludisme)
- Notifications conjointes OMS/UNICEF sur la vaccination
- Plan d'action OMS/UNICEF pour mettre fin aux décès évitables chez le nouveau-né : « Chaque nouveau-né : un plan d'action pour mettre fin aux décès évitables » (*The Every Newborn: an action plan to end preventable diseases*)
- Guide OMS/PEPFAR/ONUSIDA de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH (*A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*)

Ce bilan initial a permis d'établir une liste principale, incluant plus de 800 indicateurs mondiaux. Cette

⁶ Dès lors qu'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé est associée au suivi d'engagements internationaux sur un indicateur particulier, les métadonnées concernant l'indicateur comportent un lien vers la rubrique du site Web de l'OMS consacrée à la documentation des organes directeurs (<http://apps.who.int/gb/or/f>)

⁷ http://www.who.int/woman_child_accountability/progress_information/recommendation2/en/

liste comportait des indicateurs très similaires mais dont la définition et la périodicité différaient.

Hierarchisation des indicateurs

Pour hiérarchiser les indicateurs, on a exclu de la liste principale les entrées en double et les variantes correspondant à des processus similaires. On a ainsi obtenu une première liste de base, non définitive, qui a été diffusée auprès des membres du groupe de travail pour un examen par les pairs, puis auprès de plusieurs groupes de S&E des agences participantes. Dans sa version actuelle, la présente *Liste mondiale de référence* prend en compte, dans la mesure du possible, les commentaires et les informations émanant de ces groupes.

Un indicateur est classé parmi les 100 indicateurs sanitaires de base s'il satisfait aux critères suivants :

1. L'indicateur tient une place importante dans le suivi des grandes déclarations internationales auxquelles tous les États membres ont adhéré, ou il a été désigné via des mécanismes internationaux, tels que des groupes de référence ou des groupes inter-agences, comme un indicateur prioritaire pour des programmes spécifiques.
2. L'indicateur est scientifiquement robuste, utile, accessible, compréhensible et de type « SMART » (pour *Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound*, c'est-à-dire précis, mesurable, réalisable, pertinent, et limité dans le temps).
3. L'indicateur a déjà servi à réaliser des mesures nombreuses et fiables (de préférence à partir d'une base de données internationale).
4. L'indicateur est utilisé par des pays pour le suivi de leurs plans et programmes nationaux.

Parmi les indicateurs de base, il peut également être important de distinguer un petit ensemble composé des indicateurs les plus « puissants », qui peuvent permettre un engagement politique au-delà du secteur de la santé. C'est par exemple le cas pour certains des indicateurs des OMD relatifs à la santé, tels que le taux de mortalité de l'enfant ou le ratio de mortalité maternelle. Certains indicateurs classés dans la catégorie des indicateurs de base pourraient être considérés comme des objectifs à atteindre. En effet, nombre de pays ne seront pas en mesure de communiquer régulièrement des données sur plusieurs de ces indicateurs, notamment sur les causes de décès dans leur population. Néanmoins, rares sont ceux qui estiment que les indicateurs des causes de décès ne devraient pas faire partie des indicateurs de base, qu'il s'agisse de la mortalité liée au sida, au paludisme, aux accidents de la circulation ou au cancer du poumon. Ces indicateurs sont cruciaux pour l'allocation des ressources sanitaires, ainsi que pour la planification et le suivi des progrès et de l'impact.

La Liste ne tient pas compte des indicateurs qui sont nécessaires à la gestion plus détaillée des programmes aux niveaux national et infranational ou encore au suivi financier de subventions et projets spécifiques. Les indicateurs de suivi des projets et des subventions diffèrent à de nombreux égards des autres catégories d'indicateurs : en général, il s'agit d'indicateurs relatifs aux intrants ou aux extrants, qui s'appuient sur des données brutes (comptage d'événements). Leur portée est souvent infranationale, c'est-à-dire limitée à une population ou à une zone donnée, ou encore à un ensemble spécifique de centres de santé participant au projet concerné. On calcule habituellement ces indicateurs par rapport à une cible (subvention ou projet), plutôt que par rapport à l'ensemble de la population.

À plus long terme, il sera essentiel de continuer à rationaliser cette catégorie d'indicateurs, en se conformant à un principe clé : le suivi des subventions et des projets doit être mis en œuvre de façon à renforcer l'ensemble du système national de suivi et d'évaluation.

Une liste supplémentaire d'indicateurs figure à l'annexe 2 pour référence. Il s'agit d'indicateurs considérés comme pertinents et souhaitables, mais qui ne répondaient pas à tous les critères mentionnés ci-dessus ou qui posent actuellement de sérieuses difficultés de mesure.

Métadonnées

On dispose d'un vaste ensemble de métadonnées pour nombre des indicateurs inclus dans la Liste mondiale de référence (annexe 1). Ces métadonnées proviennent de sources existantes, telles que le Registre d'indicateurs et de métadonnées de l'OMS, ou de guides de suivi et d'évaluation de programmes spécifiques. Les principales métadonnées sont les suivantes :

- **La définition de l'indicateur**, y compris son numérateur et son dénominateur. Pour certains indicateurs, la définition doit être affinée, ce qui nécessite des travaux supplémentaires, et seul le numérateur est communiqué par le pays (des modèles sont utilisés pour estimer le dénominateur, mais ils ont eux aussi besoin de données).
- **La ventilation par grandes catégories** pour mesurer l'équité, par exemple en fonction de l'âge et du sexe, de facteurs géographiques, de la situation socio-économique ou du lieu de résidence.

- Dans certains cas, **des dimensions supplémentaires** servent à ventiler l'indicateur de façon encore plus détaillée (taux de mortalité en fonction de la principale cause de décès ou taux d'incidence des maladies tropicales négligées pour chaque maladie, par exemple).
- **Les sources de données** : La principale source de données (à utiliser de préférence) ou méthodologie de collecte des données est spécifiée pour chaque indicateur, telle que :
 - les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil ;
 - les enquêtes sanitaires en population ;
 - les données produites par les établissements de santé, y compris dans le cadre des systèmes d'information de routine et des évaluations et enquêtes menées dans les établissements de santé ;
 - les sources administratives de données, dont les systèmes d'information sur les ressources financières et humaines ;
 - autres sources, y compris estimations et modélisations.
- **Les autres informations et liens connexes**, à savoir le principal groupe de référence, l'organe directeur, la résolution, le programme ou la publication définissant les modalités de suivi de l'indicateur concerné.

La charge de travail varie en fonction de la source des données. Ainsi, les enquêtes auprès des ménages requièrent un investissement substantiel et sont réalisées à une fréquence relativement faible. On considère souvent que l'ajout d'un indicateur ou que la ventilation de données nécessite

peu de travail, même si des entretiens trop longs risquent de nuire à la qualité des données recueillies. Les données produites par les établissements de santé sont collectées en continu et communiquées fréquemment. Ce sont souvent principalement les prestataires de services de santé qui sont chargés de la collecte des données et de la notification. Une simple ventilation nouvelle peut doubler la charge de travail du personnel de santé chargé d'enregistrer les données.

La rationalisation des indicateurs va de pair avec celle des exigences de notification. Une notification annuelle est souhaitable pour certains indicateurs, à savoir pour ceux qui peuvent être modifiés rapidement et mesurés très précisément.

Processus de mise à jour

La Liste mondiale de référence sera révisée et actualisée périodiquement au fur et à mesure que les priorités et les orientations mondiales et nationales évolueront et que les méthodes de mesure s'amélioreront.

La révision sera conduite sous l'égide du groupe de travail inter-agences sur les indicateurs et les exigences de notification. Le présent document comprend la version 2015.



État de santé

Mortalité selon l'âge et le sexe

- Espérance de vie à la naissance
- Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans
- Taux de mortalité des moins de 5 ans
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de mortalité

Mortalité par cause de décès

- Ratio de mortalité maternelle
- Taux de mortalité par tuberculose
- Taux de mortalité liée au sida
- Taux de mortalité due au paludisme
- Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
- Taux de suicide
- Taux de mortalité due aux accidents de la circulation

Fécondité

- Taux de fécondité des adolescentes
- Indice synthétique de fécondité

Morbidité

- Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
- Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire
- Taux d'incidence du VIH
- Taux de prévalence du VIH
- Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
- Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)
- Taux d'incidence de la tuberculose
- Taux de notification de la tuberculose
- Taux de prévalence de la tuberculose
- Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
- Taux d'incidence du paludisme
- Incidence du cancer, par type de cancer



Facteurs de risque

Nutrition

- Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois
- Initiation précoce de l'allaitement au sein
- Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
- Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
- Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation
- Prévalence de l'anémie chez les enfants
- Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Infections

- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque

Facteurs de risque environnementaux

- Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
- Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
- Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer
- Niveau de pollution atmosphérique en ville

Maladies non transmissibles

- Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
- Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus
- Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
- Obésité et surpoids chez l'adulte (*également : chez l'adolescent*)
- Hypertension chez l'adulte
- Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte
- Apport en sel
- Activité physique insuffisante chez l'adulte (*également : chez l'adolescent*)

Traumatismes

- Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime



Couverture par les services

Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
- Taux de prévalence de la contraception
- Couverture par les soins anténatals
- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
- Couverture par les soins postnatals
- Demande de soins pour des symptômes de pneumonie
- Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
- Couverture par la supplémentation en vitamine A

Vaccination

- Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national

VIH

- Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé
- Prévention de la transmission mère-enfant
- Couverture par les soins de l'infection à VIH
- Couverture par le traitement antirétroviral (TAR)
- Suppression de la charge virale du VIH

VIH / tuberculose

- Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
- Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
- Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux

Tuberculose

- Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme
- Taux de détection des cas de tuberculose
- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante

Paludisme

- Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Traitement des cas de paludisme confirmés
- Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent

Maladies tropicales négligées

- Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées

Dépistage et soins préventifs

- Dépistage du cancer du col de l'utérus

Santé mentale

- Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves



Systèmes de santé

Qualité et sécurité des soins

- Taux de mortalité périopératoire
- Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
- Ratio de mortalité maternelle hospitalière
- Revue des décès maternels
- Taux de rétention sous TAR
- Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose
- Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques

Accès

- Utilisation des services
- Accès aux services de santé
- Densité des lits d'hôpitaux
- Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

Personnel de santé

- Densité et distribution du personnel de santé
- Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

Informations sanitaires

- Couverture par l'enregistrement des naissances
- Couverture par l'enregistrement des décès
- Complétude des rapports des établissements de santé

Financement de la santé

- Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
- Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
- Ratio des dépenses en santé catastrophiques
- Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes

Sécurité sanitaire

- Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)

Les 100 indicateurs sanitaires de base, par niveau de la chaîne de résultats

Intrants et processus

Extrants

Résultats

Impact

Financement de la santé

- Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
- Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
- Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes

Personnel de santé

- Densité et distribution du personnel de santé
- Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

Infrastructure de santé

- Accès aux services de santé
- Densité des lits d'hôpitaux

Informations sanitaires

- Couverture par l'enregistrement des naissances
- Couverture par l'enregistrement des décès
- Complétude des rapports des établissements de santé

Accès aux services et disponibilité

- Utilisation des services
- Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques
- Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

Qualité et sécurité des soins

- Taux de mortalité périopératoire
- Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
- Ratio de mortalité maternelle hospitalière
- Revue des décès maternels
- Taux de rétention sous TAR
- Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose

Sécurité sanitaire

- Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)

Couverture par les interventions

- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
- Taux de prévalence de la contraception
- Couverture par les soins anténatals
- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
- Couverture par les soins postnatals
- Demande de soins pour des symptômes de pneumonie
- Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
- Couverture par la supplémentation en vitamine A
- Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national
- Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé
- Prévention de la transmission mère-enfant
- Couverture par les soins de l'infection à VIH
- Couverture par le traitement antirétroviral (TAR)
- Suppression de la charge virale du VIH
- Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
- Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
- Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux
- Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme
- Taux de détection des cas de tuberculose
- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante
- Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Traitement des cas de paludisme confirmés
- Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
- Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves

Facteurs de risque et comportements à risque

- Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois
- Initiation précoce de l'allaitement au sein
- Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
- Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
- Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation
- Prévalence de l'anémie chez les enfants
- Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque
- Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
- Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
- Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer
- Niveau de pollution atmosphérique en ville
- Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
- Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus
- Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
- Obésité et surpoids chez l'adulte (également : chez l'adolescent)
- Hypertension chez l'adulte
- Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte
- Apport en sel
- Activité physique insuffisante chez l'adulte (également : chez l'adolescent)
- Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime

État de santé

- Espérance de vie à la naissance
- Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans
- Taux de mortalité des moins de 5 ans
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de mortalité maternelle
- Ratio de mortalité maternelle
- Taux de mortalité par tuberculose
- Taux de mortalité liée au sida
- Taux de mortalité due au paludisme
- Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
- Taux de suicide
- Taux de mortalité due aux accidents de la circulation
- Taux de fécondité des adolescentes
- Indice synthétique de fécondité
- Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
- Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire
- Taux d'incidence du VIH
- Taux de prévalence du VIH
- Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
- Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)
- Taux d'incidence de la tuberculose
- Taux de notification de la tuberculose
- Taux de prévalence de la tuberculose
- Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
- Taux d'incidence du paludisme
- Incidence du cancer, par type de cancer

Protection contre le risque financier

- Ratio des dépenses en santé catastrophiques
- Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes

Annexe 1

Les 100 indicateurs sanitaires de base



Indicateurs de l'état de santé



Mortalité selon l'âge et le sexe

- Espérance de vie à la naissance
- Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans
- Taux de mortalité des moins de 5 ans
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de mortinatalité

Mortalité par cause de décès

- Ratio de mortalité maternelle
- Taux de mortalité par tuberculose
- Taux de mortalité liée au sida
- Taux de mortalité due au paludisme
- Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
- Taux de suicide
- Taux de mortalité due aux accidents de la circulation

Fécondité

- Taux de fécondité des adolescentes
- Indice synthétique de fécondité

Morbidité

- Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
- Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire
- Taux d'incidence du VIH
- Taux de prévalence du VIH
- Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
- Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)
- Taux d'incidence de la tuberculose
- Taux de notification de la tuberculose
- Taux de prévalence de la tuberculose
- Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
- Taux d'incidence du paludisme
- Incidence du cancer, par type de cancer



Espérance de vie à la naissance

Nom abrégé	Espérance de vie à la naissance
Nom de l'indicateur	Espérance de vie à la naissance
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Général
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	Nombre moyen d'années qu'un nouveau-né pourrait espérer vivre compte tenu des taux de mortalité selon le sexe et l'âge au moment de sa naissance, pour une année donnée, dans un pays, un territoire, ou une zone géographique donnés.
Numérateur	(tiré des tables de mortalité)
Dénominateur	(tiré des tables de mortalité)
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	L'espérance de vie à la naissance se calcule à partir des tables de mortalité démographiques, et s'appuie sur les taux de mortalité selon le sexe et l'âge. Les valeurs établies par les Nations Unies pour l'espérance de vie à la naissance correspondent à des estimations à mi-année, en conformité avec les projections démographiques par période quinquennale des Nations Unies correspondantes dans un scénario de variante moyenne de fécondité.
Méthode d'estimation	<p>Les procédures utilisées par l'OMS pour estimer les tables de mortalité des États membres varient selon les données disponibles pour évaluer la mortalité des enfants et des adultes.</p> <p>Trois méthodes fondamentales ont été employées pour cette révision. Dans les trois cas, on a utilisé les estimations des taux de mortalité néonatale, de mortalité infantile et de mortalité des moins de 5 ans, établies par le Groupe Inter-agence de l'Organisation des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile (UN-IGME). L'OMS a mis au point un modèle de tables de mortalité utilisant un modèle logit modifié basé sur quelque 1800 tables de mortalité provenant de registres d'état civil jugés de bonne qualité, afin de réaliser les projections et les estimations des tables de mortalité au moyen d'un nombre limité de paramètres d'entrée.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lorsque l'on dispose de données de mortalité issues de registres d'état civil, leur qualité est évaluée ; elles sont ajustées en fonction de l'exhaustivité d'enregistrement, et directement utilisées pour construire les tables de mortalité.2. Lorsque l'on ne dispose pas de données de mortalité issues de registres d'état civil pour la toute dernière année, on effectue des projections des tables de mortalité à partir des années disponibles à compter de 1985. Les estimations des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité des adultes, ou uniquement des taux de mortalité des moins de cinq ans, sont appliquées, en utilisant un modèle logit modifié, à une table mondiale type (définie comme la moyenne de l'ensemble des 1800 tables de mortalité).3. Lorsque l'on ne disposait pas de données d'état civil exploitables, on a utilisé les dernières analyses des tables de mortalité de la Division de la population des Nations Unies. <p>Type prédominant des statistiques : prédites.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle si basée sur une source de données préférée ; sinon, moins fréquemment
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une large couverture
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages et recensements de population, systèmes d'enregistrement par sondage
Autres informations et liens connexes	United Nations demographic yearbook. New York (NY), United Nations, 2013 (http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm , consulté le 29 mars 2015). World population prospects. New York (NY), United Nations, 2012 (http://esa.un.org/wpp/ , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité des adultes (probabilité de décès entre 15 et 60 ans, pour 1000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Général
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	Probabilité qu'une personne de 15 ans décède avant son 60e anniversaire. Il s'agit de la probabilité de mourir entre 15 et 60 ans (pour 1000 habitants), par an, dans une cohorte hypothétique de 100 000 personnes qui seraient exposées au taux de mortalité selon l'âge de l'année étudiée.
Numérateur	Nombre de décès enregistrés entre 15 et 59 ans.
Dénominateur	Nombre d'années d'exposition au risque de décès entre 15 et 59 ans.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Registres d'état civil, ou enregistrements par sondage : on utilise la mortalité par âge et par sexe pour calculer les taux selon l'âge. Recensement : la mortalité par âge et par sexe est tabulée à partir des questions posées sur les décès récents qui se sont produits dans le ménage interrogé au cours d'une période donnée précédant le recensement (généralement 12 mois). Recensement ou enquêtes : par des méthodes directes ou indirectes, on obtient les taux de mortalité des adultes en se basant sur les renseignements obtenus sur la survie des parents ou des frères et sœurs.
Méthode d'estimation	Les données empiriques provenant des différentes sources sont consolidées pour obtenir des estimations du niveau et de la tendance de la mortalité des adultes, en ajustant une courbe aux points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il est indispensable de s'interroger sur la qualité des données et de déterminer à quel point elles sont représentatives de la population. Les statistiques récentes, fondées sur la disponibilité des données dans la plupart des pays, sont des estimations ponctuelles datant d'au moins 3 ou 4 ans. Il faut donc faire des projections à partir de celles-ci afin d'obtenir des estimations de la mortalité des adultes valables pour l'année en cours. En cas d'insuffisance des sources pour les taux de mortalité selon l'âge, ce sont les dernières analyses des tables de mortalité de la Division de la population des Nations Unies qui ont été utilisées. Type prédominant des statistiques : prédites.
Fréquence de mesure	Annuelle si basée sur une source de données préférée ; sinon, moins fréquemment
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une large couverture
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population, systèmes d'enregistrement par sondage
Autres informations et liens connexes	Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Taux de mortalité des moins de 5 ans

Nom abrégé	Taux de mortalité des moins de 5 ans
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité des moins de 5 ans (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans, pour 1000 naissances vivantes)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	<p>Probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, compte tenu des taux de mortalité selon l'âge sur la période considérée, pour 1000 naissances vivantes.</p> <p>La mortalité des moins de cinq ans, telle que définie ici, n'est pas, à proprement parler, un taux (c'est-à-dire, le nombre de décès divisé par le nombre de personnes à risque au cours d'une période donnée), mais une probabilité de décès calculée à partir d'une table de mortalité et exprimée en taux pour 1000 naissances vivantes.</p>
Numérateur	Nombre de décès chez les enfants âgés de 0 à 4 ans (âgés de 0 à 59 mois), subdivisés par tranches d'âge.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes (années-personnes d'exposition)
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique <i>Également : par cause de décès, notamment pneumonie et diarrhée</i>
Méthode de mesure	<p>Les méthodes les plus fréquemment utilisées avec les sources de données susmentionnées sont les suivantes :</p> <p>Registres d'état civil : On utilise le nombre de décès à l'âge 0 et l'effectif de population du même âge pour calculer les taux de décès qui sont ensuite convertis en probabilité de décès selon l'âge.</p> <p>Recensement et enquêtes : On utilise une méthode indirecte basée sur des questions posées à chaque femme en âge de procréer sur le nombre d'enfants dont elle a accouché et le nombre d'enfants encore en vie. On utilise ensuite la méthode de Brass et les tables de mortalité modèles pour obtenir une estimation de la mortalité infantile.</p> <p>Enquêtes : On utilise une méthode directe basée sur les antécédents obstétricaux - une série de questions détaillées sur chaque enfant dont une femme a accouché au cours de sa vie. Pour diminuer les erreurs d'échantillonnage, on présente en général les estimations sous forme de taux pour des périodes données, sur les cinq années précédant l'enquête. On utilise une méthode basée sur les cohortes synthétiques, élaborée par les enquêtes démographiques et de santé (DHS), pour calculer les taux par période.</p>
Méthode d'estimation	<p>L'UN-IGME publie des tendances de la mortalité des moins de cinq ans avec une méthodologie normalisée par groupe de pays, en fonction du type et de la qualité de la source de données disponible. Pour les pays dont les données des registres d'état civil sont suffisantes pour établir des tendances, les taux de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans sont calculés à partir d'une table de mortalité abrégée normalisée. Pour les pays disposant de données d'enquêtes, les taux de mortalité des moins de cinq ans sont estimés à l'aide du modèle bayésien ajusté sur le biais utilisant des B-splines, dit modèle B3 (en anglais, Bayesian B-splines bias-adjusted model). Pour en savoir plus, voir le lien de l'UN-IGME. Ces taux de mortalité des moins de cinq ans ont été estimés en appliquant les méthodes aux données disponibles de tous les États membres, afin d'assurer la comparabilité des résultats d'un pays ou d'une époque à l'autre ; il peut donc en résulter des différences par rapport aux statistiques nationales officielles.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées et prédites.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle si les données proviennent de systèmes d'enregistrement ; sinon, moins fréquemment (3-5 ans si les données proviennent d'enquêtes)
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une large couverture
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>UN-IGME estimation method for child mortality. New York (NY), United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2014 (http://www.who.int/entity/gho/child_health/mortality/ChildCME_method.pdf.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>World population prospects. New York (NY), United Nations, 2012 (http://esa.un.org/wpp/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de mortalité infantile
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité infantile (probabilité de décès entre la naissance et l'âge de 1 an, pour 1000 naissances vivantes)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	<p>Probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge de un an, compte tenu des taux de mortalité selon l'âge sur la période considérée, exprimée en taux pour 1000 naissances vivantes.</p> <p>Le taux de mortalité infantile n'est pas, à proprement parler, un taux (c'est-à-dire, le nombre de décès divisé par le nombre de personnes à risque sur une période donnée), mais une probabilité.</p>
Numérateur	Nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire (âgés de 0 à 11 mois).
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes (années d'exposition).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique (néonatal : 0–27 jours, postnatal : 28 jours–<1 an)
Méthode de mesure	<p>Les méthodes les plus fréquemment utilisées avec les sources de données susmentionnées sont les suivantes :</p> <p>Registres d'état civil : On utilise le nombre de décès à l'âge 0 et l'effectif de population du même âge pour calculer le taux de décès qui est ensuite converti en probabilité de décès selon l'âge.</p> <p>Recensement et enquêtes : On utilise une méthode indirecte basée sur des questions posées à chaque femme en âge de procréer sur le nombre d'enfants dont elle a accouché et le nombre d'enfants encore en vie. On utilise ensuite la méthode de Brass et les tables de mortalité modèles pour obtenir une estimation de la mortalité infantile.</p> <p>Enquêtes : On utilise une méthode directe basée sur les antécédents obstétricaux - une série de questions détaillées sur chaque enfant dont une femme a accouché au cours de sa vie. Pour diminuer les erreurs d'échantillonnage, on présente en général les estimations sous forme de taux pour des périodes données, sur les cinq années précédant l'enquête. On utilise une méthode basée sur les cohortes synthétiques, élaborée par les enquêtes démographiques et de santé (DHS), pour calculer les taux par période.</p>
Méthode d'estimation	<p>L'UN-IGME publie des tendances de la mortalité infantile avec une méthodologie normalisée par groupe de pays, en fonction du type et de la qualité de la source de données disponible.</p> <p>Pour les pays dont les données des registres d'état civil sont suffisantes pour établir des tendances, les taux de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans sont calculés à partir d'une table de mortalité abrégée normalisée.</p> <p>Pour les pays disposant de données d'enquêtes, puisque les taux de mortalité infantile tirés des informations sur les antécédents obstétricaux recueillis lors des enquêtes peuvent être affectés d'un biais de rappel, la mortalité infantile est calculée à partir de la projection des taux de mortalité des moins de cinq ans convertis en taux de mortalité infantile à l'aide du modèle bayésien ajusté sur le biais utilisant des B-splines (dit modèle B3).</p> <p>Ces taux de mortalité infantile ont été estimés en appliquant les méthodes aux données disponibles de tous les États membres, afin d'assurer la comparabilité des résultats d'un pays ou d'une époque à l'autre ; il peut donc en résulter des différences par rapport aux statistiques nationales officielles.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées et prédites.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle si les données proviennent de systèmes d'enregistrement ; sinon, moins fréquemment (3-5 ans si les données proviennent d'enquêtes)
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une large couverture
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population
Autres informations et liens connexes	<p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>World population prospects. New York (NY), United Nations, 2012 (http://esa.un.org/wpp/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de mortalité néonatale

Nom abrégé	Taux de mortalité néonatale
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	<p>Probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année ou période donnée de mourir au cours des 28 premiers jours de vie, compte tenu des taux de mortalité selon l'âge sur la période considérée, exprimée pour 1000 naissances vivantes.</p> <p>Les décès néonataux (décès, chez les enfants nés vivants, au cours des 28 premiers jours de vie) peuvent être subdivisés en deux catégories : les décès néonataux précoces, survenant pendant les 7 premiers jours de vie, et les décès néonataux tardifs, survenant après le 7e jour mais avant 28 jours révolus.</p>
Numérateur	Nombre d'enfants décédés au cours des 28 premiers jours de vie.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes (années d'exposition).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge en jours/semaines, poids à la naissance, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	<p>Données des registres d'état civil : On utilise le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès néonataux pour calculer les taux selon l'âge. Ce système fournit des données annuelles.</p> <p>Données d'enquêtes auprès des ménages : Les calculs sont basés sur l'examen complet des antécédents obstétricaux, au cours duquel on demande aux femmes la date de naissance de chacun de leurs enfants, si chaque enfant est encore vivant et sinon, l'âge de l'enfant au moment du décès.</p>
Méthode d'estimation	<p>Pour assurer la cohérence avec les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (mortalité des moins de cinq ans) établis par l'UN-IGME et pour tenir compte de la variation des erreurs de mesure d'une enquête à l'autre, les points de données des pays pour les taux de mortalité néonatale et de mortalité des moins de cinq ans ont été réajustés pour toutes les années afin de correspondre aux dernières estimations des séries chronologiques du taux de mortalité des moins de cinq ans établi par l'UN-IGME. Ce réajustement suppose que l'erreur de mesure (proportionnée) des taux de mortalité néonatale et de mortalité des moins de cinq ans est la même pour chaque point de données.</p> <p>On a ensuite appliqué le modèle statistique multiniveau suivant pour estimer les taux de mortalité néonatale : $\log(\text{taux de mortalité néonatale}/1000) = \alpha_0 + \beta_1 \log(\text{taux de mortalité des moins de cinq ans}/1000) + \beta_2 * ([\log(\text{taux de mortalité des moins de cinq ans}/1000)]^2)$ avec des paramètres d'effets aléatoires pour les paramètres de régression associés aux niveaux ainsi qu'aux tendances, et des paramètres d'effets aléatoires influencés par le pays lui-même.</p> <p>Pour les pays dont les données d'état civil sur les décès néonataux sont de grande qualité, c'est-à-dire (i) complètes à 100 % pour les adultes et où seules les données d'état civil sont utilisées pour la mortalité de l'enfant, (ii) un effectif supérieur à 800 000 personnes, (iii) et ayant au moins trois points de données d'enregistrement des faits d'état civil pour les périodes 1990–1994, 1995–1999, 2000–2004 et à partir de 2005, nous avons utilisé la même équation de base, mais avec des paramètres d'effets aléatoires pour les paramètres de régression associés aux niveaux ainsi qu'aux tendances, et des paramètres d'effets aléatoires influencés par le pays lui-même.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées et prédites.</p> <p>Ces taux de mortalité néonatale sont des estimations, calculées à partir de la population de nourrissons estimée dans le taux de mortalité néonatale établi par l'UN-IGME pour le rapport intitulé World population prospects afin de calculer les naissances vivantes ; il peut donc en résulter des différences par rapport aux statistiques nationales officielles.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle si les données proviennent de systèmes d'enregistrement ; sinon, moins fréquemment (3-5 ans si les données proviennent d'enquêtes)
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une large couverture
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population
Autres informations et liens connexes	<p>Every Newborn: an action plan to end preventable diseases (Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf, consulté le 29 mars 2015) (version provisoire en français consultable à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>World population prospects. New York (NY), United Nations, 2012 (http://esa.un.org/wpp/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de mortalité
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité (pour 1000 naissances totales)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Mortalité selon l'âge et le sexe
Définition	Nombre de mortinaissances pour 1000 naissances (enfants vivants et morts-nés) Les mortinaissances peuvent survenir pendant la période antepartum ou intrapartum. Dans de nombreux cas, les mortinaissances reflètent les insuffisances de la couverture par les soins prénatals, ou des soins pendant la période intrapartum. A des fins de comparaison internationale, les mortinaissances sont définies comme les décès fœtaux au cours du troisième trimestre (≥ 1000 g ou ≥ 28 semaines).
Numérateur	Nombre de mortinaissances.
Dénominateur	Nombre de naissances (naissances vivantes ou mortinaissances).
Ventilation/dimension supplémentaire	Fœtus mort-né frais / macéré
Méthode de mesure	Données des registres d'état civil : nombre de mortinaissances divisé par le nombre de naissances totales. Données des enquêtes : nombre de pertes fœtales pendant ou après le septième mois de grossesse sur les 5 ans précédant l'entretien, divisé par la somme des naissances vivantes et des pertes fœtales tardives au cours de la même période. Données des registres/systèmes de compte-rendu administratif : nombre de mortinaissances divisé par le nombre de naissances totales. Données des établissements de santé : nombre de mortinaissances divisé par le nombre de naissances totales documentées dans l'établissement.
Méthode d'estimation	Pour les données des pays dotés de registres d'état civil et d'une bonne couverture, les données satisfaisant aux critères de poids supérieur ou égal à 1000 g ou de gestation de 28 semaines révolues sont directement tirées des registres sans être ajustées. Pour les autres pays, on estime les taux de mortalité à l'aide d'un modèle de régression.
Fréquence de mesure	Collecte de données permanente ; diffusion tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil, enquêtes en population
Autres sources de données possibles	Systèmes de compte-rendu administratif, évaluations menées par les établissements de santé, études spéciales
Autres informations et liens connexes	Every Newborn: an action plan to end preventable diseases (Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf , consulté le 29 mars 2015) (version provisoire en français consultable à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Ratio de mortalité maternelle

Nom abrégé	Ratio de mortalité maternelle
Nom de l'indicateur	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	<p>Nombre annuel de décès de femmes, en raison de causes liées à la grossesse ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge (sauf causes accidentelles ou fortuites), survenant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou le type de grossesse, exprimé pour 100 000 naissances vivantes, sur une période donnée.</p>
Numérateur	Nombre de décès maternels.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence
Méthode de mesure	<p>Le ratio de mortalité maternelle peut se calculer en divisant les décès maternels enregistrés (ou estimés) par le total des naissances vivantes enregistrées (ou estimées) au cours de la même période et en multipliant le résultat par 100 000. Pour la mesure, il faut disposer d'informations sur l'état de la grossesse, le moment du décès (pendant la grossesse, lors de l'accouchement, ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse), et la cause du décès.</p> <p>Le ratio de mortalité maternelle peut se calculer directement à partir des données recueillies par les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, les enquêtes auprès des ménages ou d'autres sources. Il existe souvent des problèmes de qualité des données, liés en particulier à la sous-notification et aux erreurs de classification des décès maternels. Pour prendre en compte ces questions de qualité, les données font souvent l'objet d'un ajustement.</p> <p>La mortalité maternelle étant un événement relativement rare, les échantillons doivent être de grande taille si l'on veut se servir des enquêtes auprès des ménages pour identifier les décès maternels récents au sein du ménage (par exemple, l'année précédente). Les estimations découlant de ces enquêtes sont par ailleurs associées à des intervalles de confiance importants, limitant leur utilité pour les comparaisons entre les pays ou les périodes.</p> <p>Pour diminuer les exigences en matière de taille d'échantillon, on utilise dans les DHS et dans les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS4) la méthode des sœurs, qui permet de mesurer la mortalité maternelle en interrogeant les répondants sur le nombre de leurs sœurs encore en vie. Il est à noter que la méthode des sœurs permet d'estimer la mortalité associée à la grossesse : quelle que soit la cause de décès, tous les décès survenus pendant la grossesse, l'accouchement ou les six semaines suivant la fin de la grossesse sont inclus dans le numérateur du ratio de mortalité maternelle.</p> <p>Les recensements comportent également des questions sur les décès maternels, avec un succès variable.</p> <p>Les enquêtes sur la mortalité des femmes en âge de procréer (RAMOS : Reproductive Age Mortality Studies) sont un type d'étude spécial qui fait appel à diverses sources de données, selon le contexte, pour identifier tous les décès de femmes en âge de procréer et déterminer lesquels sont des décès maternels ou des décès associés à la grossesse.</p> <p>To reduce sample size requirements, the sisterhood method used in the DHS and multiple indicator surveys (MICS4) measures maternal mortality by asking respondents about the survival of sisters. It should be noted that the sisterhood method results in pregnancy-related mortality: regardless of the cause of death, all deaths occurring during pregnancy, birth or the six weeks following the termination of the pregnancy are included in the numerator of the maternal mortality ratio.</p> <p>Censuses have also included questions about maternal deaths with variable success.</p> <p>Reproductive Age Mortality Studies (RAMOS) is a special study that uses varied sources, depending on the context, to identify all deaths of women of reproductive age and ascertain which of these deaths are maternal or pregnancy-related.</p>
Méthode d'estimation	<p>Pour la mortalité maternelle basée sur les données des établissements de santé, le dénominateur est estimé au moyen de projections démographiques.</p> <p>L'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Division de la population des Nations Unies et la Banque mondiale ont élaboré une méthode pour ajuster les données existantes afin de prendre en compte ces problèmes de qualité des données et assurer la comparabilité des différentes sources de données. Cette méthode consiste à évaluer le caractère complet ou non des données et, si nécessaire, à procéder à un ajustement pour compenser la sous-notification et les erreurs de classification des décès, et à élaborer des estimations par modélisation statistique pour les pays qui ne disposent pas de données nationales fiables.</p> <p>Les données sur la mortalité maternelle et d'autres variables pertinentes sont extraites des bases de données gérées par l'OMS, la Division de la population des Nations Unies, l'UNICEF, et la Banque mondiale. Les données disponibles dans les pays varient en termes de source et de méthodes. Compte tenu de la variabilité des sources de données, on utilise des méthodes différentes pour chaque source afin d'arriver à des estimations nationales qui soient comparables et permettent une agrégation régionale et mondiale.</p> <p>Actuellement, seulement un tiers de tous les pays/territoires disposent de données fiables et ne nécessitent pas d'autres estimations. Pour près de la moitié des pays inclus dans le processus d'estimation, les estimations communiquées par les pays concernant la mortalité maternelle sont ajustées à des fins de comparabilité des méthodologies. Pour le reste des pays/territoires (ceux ne disposant pas de données de mortalité maternelle appropriées), on se sert d'un modèle statistique pour prédire les niveaux de mortalité maternelle. Toutefois, il se peut que les estimations ponctuelles calculées avec cette méthodologie ne représentent pas les niveaux réels de mortalité maternelle. Il est conseillé de prendre en considération les estimations en même temps que les plages d'incertitude communiquées, où l'on sait que se situent les niveaux réels.</p> <p>Type prédominant des statistiques : prédites.</p>

Fréquence de mesure	Pour les registres d'état civil : annuelle. Pour les autres sources : tous les 5 ans ou plus
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil assurant une large couverture, avec certificats médicaux indiquant la cause du décès et évaluation régulière des erreurs de notification et des sous-notifications
Autres sources de données possibles	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population, systèmes d'enregistrement par sondage ou sentinelles, études spéciales
Autres informations et liens connexes	<p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>World population prospects. New York (NY), United Nations, 2012 (http://esa.un.org/wpp/, consulté le 29 mars 2015).</p>

Taux de mortalité par tuberculose



Nom abrégé	Taux de mortalité par tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Nombre estimé de décès dus à la tuberculose pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants
Numérateur	Nombre de décès dus à la tuberculose (toutes formes confondues), à l'exclusion des décès concernant des personnes également porteuses du VIH
Dénominateur	Nombre d'années d'exposition.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	On utilise les données des registres d'état civil basées sur la CIM lorsqu'elles sont disponibles (environ 120 pays). Ailleurs, on calcule des estimations de la mortalité à partir des estimations de l'incidence et du taux de létalité.
Méthode d'estimation	Les estimations de la mortalité due à la tuberculose sont produites par un processus consultatif et analytique conduit par l'OMS et sont publiées chaque année. Des plages d'incertitude sont fournies en complément des meilleures estimations. Les valeurs publiées sont arrondies à trois chiffres significatifs. Une standardisation selon l'âge est réalisée à des fins de comparabilité dans le temps et entre populations.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une couverture complète, avec cause des décès consignée basée sur la CIM
Autres sources de données possibles	Études spéciales, systèmes d'enregistrement par sondage ou sentinelles, enquêtes en population avec autopsie verbale
Autres informations et liens connexes	<p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de mortalité liée au sida

Nom abrégé	Taux de mortalité liée au sida
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité liée au sida (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Nombre estimé de décès d'adultes et d'enfants dus à des causes liées au sida pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.
Numérateur	Nombre de décès liés au sida x 100 000
Dénominateur	Nombre d'habitants estimé pour l'année étudiée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (<5, 5–14, 15 ans et plus), zone géographique, sexe, statut vis-à-vis de la tuberculose
Méthode de mesure	Données d'enregistrement des décès utilisant la CIM ; on utilise également les résultats d'autopsies verbales. Le nombre de décès liés au sida peut également être modélisé à l'aide du logiciel Spectrum.
Méthode d'estimation	<p>Les données empiriques provenant des différentes sources de surveillance du VIH sont consolidées pour obtenir des estimations du niveau et de la tendance de l'infection à VIH et de la mortalité chez les adultes et les enfants. On utilise des méthodes et des outils normalisés pour les estimations en matière de VIH, qui sont adaptés au schéma de l'épidémie de VIH. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il est indispensable de s'interroger sur la qualité des données et de déterminer à quel point elles sont représentatives de la population. Des ajustements sont souvent nécessaires en raison de la sous-notification et des erreurs de classification des décès liés au VIH/sida. L'ONUSIDA et l'OMS établissent des estimations par pays sur la mortalité due au sida chaque année.</p> <p>Pour le calcul des taux de mortalité, l'effectif total de la population est tiré des estimations les plus récentes établies par la Division de la population des Nations Unies.</p> <p>Type prédominant des statistiques : prédites.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle si fondée sur données d'état civil ou estimations des Nations Unies
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil ayant une couverture complète, avec cause des décès consignée basée sur la CIM
Autres sources de données possibles	Systèmes d'enregistrement par sondage avec causes des décès, enquêtes auprès des ménages avec autopsie verbale, estimations modélisées
Autres informations et liens connexes	<p>Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf, consulté le 10 juin 2015).</p> <p>Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT), Avenir Health. (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de mortalité due au paludisme
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Nombre de décès d'adultes et d'enfants dus au paludisme pour une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.
Numérateur	Nombre de décès dus au paludisme.
Dénominateur	Nombre d'années d'exposition.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Données d'enregistrement des décès utilisant la CIM-10 ; on utilise également les résultats des questionnaires d'autopsie verbale.
Méthode d'estimation	<p>On utilise souvent la modélisation, avec des entrées multiples, pour obtenir une estimation de la mortalité due au paludisme.</p> <p>L'OMS compile les informations fournies par les ministères de la santé (c'est-à-dire les institutions responsables de la surveillance du paludisme dans les pays d'endémie). Les procédures permettant d'ajuster les données afin de pouvoir les comparer au plan international sont les suivantes : on obtient le nombre de décès dus au paludisme par l'une de ces deux méthodes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en multipliant le nombre estimé des cas de paludisme à <i>P. falciparum</i> dans un pays, par un taux de létalité fixe. On utilise cette méthode pour tous les pays extérieurs à la Région africaine de l'OMS et pour les pays de la Région africaine où les estimations de l'incidence des cas proviennent des systèmes de notification de routine et où le paludisme représente moins de 5 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans, comme le décrit l'étude réalisée par l'OMS dans sa mise à jour de 2004 sur la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease Incremental Revision for 2004). Un taux de létalité de 0,45 % est appliqué au nombre estimé de cas de <i>P. falciparum</i> pour les pays de la Région africaine et un taux de létalité de 0,3 % pour les cas de <i>P. falciparum</i> dans les autres régions (dans les situations où la fraction de tous les décès dus au paludisme est faible, on considère que l'utilisation d'un taux de létalité combiné aux estimations d'incidence permet d'avoir une meilleure idée des niveaux de mortalité due au paludisme que les tentatives d'estimation de la fraction des décès due au paludisme.) 2. pour les pays de la Région africaine où le paludisme est responsable d'au moins 5 % de tous les décès chez les enfants de moins de 5 ans, le nombre de décès est tiré d'une estimation du nombre de personnes exposées à un risque élevé, faible ou nul de paludisme. Les taux de décès dus au paludisme pour ces populations sont déduits d'études longitudinales sur les décès dus au paludisme, qui figurent dans la littérature publiée. <p>Le taux de décès dus au paludisme est exprimé en nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants par an, la population d'un pays étant tirée des projections établies par la Division de la population des Nations Unies.</p> <p>Les procédures d'ajustement décrites ci-dessus ont pour but de prendre en compte la sous-notification des cas si les patients n'utilisent pas les structures sanitaires du secteur public ou s'il y a des lacunes dans les systèmes d'enregistrement du secteur public. Pour les pays qui ne procèdent pas à la confirmation des cas en laboratoire, les ajustements ont également pour but de corriger les données pour compenser le surdiagnostic du paludisme. Quand on ne dispose pas de données de systèmes de surveillance, ou quand celles-ci sont jugées de qualité insuffisante, l'incidence s'obtient à partir des niveaux estimés du risque de paludisme et proviendra surtout de sources autres que les estimations disponibles au plan local.</p> <p>Type prédominant des statistiques : prédites.</p> <p>Une standardisation selon l'âge est réalisée à des fins de comparabilité dans le temps et entre populations.</p>
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres d'état civil avec couverture complète et certificats médicaux indiquant la cause des décès
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé, enquêtes auprès des ménages avec autopsie verbale, études spéciales
Autres informations et liens connexes	<p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète

Nom abrégé	Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
Nom de l'indicateur	Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladies non transmissibles
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Probabilité inconditionnelle de décéder entre l'âge exact de 30 et de 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, de diabète ou d'une affection respiratoire chronique.
Numérateur	Nombre de décès entre 30 et 70 ans attribuables aux quatre causes.
Dénominateur	Nombre d'années d'exposition.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Les décès dus à ces quatre causes seront basés sur les codes CIM suivants : 100–199, C00–C97, E10–E14 et J30–J98.
Méthode d'estimation	On utilise souvent la modélisation, avec des entrées multiples, quand on ne dispose pas de données complètes et exactes. Une standardisation selon l'âge est réalisée à des fins de comparabilité dans le temps et entre populations.
Fréquence de mesure	Annuelle en cas de données d'état civil ; sinon, tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec autopsie verbale
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>World health statistics 2014 (Statistiques sanitaires mondiales 2014). Genève, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de suicide
Nom de l'indicateur	Taux de suicide (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Traumatismes et violence
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Taux de suicide pour 100 000 habitants sur une période donnée (standardisé selon l'âge).
Numérateur	Nombre de suicides.
Dénominateur	Nombre d'années d'exposition.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Données d'enregistrement des décès utilisant la CIM-10, souvent ajustées pour compenser la sous-notification.
Méthode d'estimation	On utilise souvent la modélisation, avec des entrées multiples, quand on ne dispose pas de données complètes et exactes.
Fréquence de mesure	Annuelle si l'on dispose de données d'état civil ; sinon, tous les cinq ans
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil, avec couverture complète
Autres sources de données possibles	Études spéciales
Autres informations et liens connexes	Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Taux de mortalité due aux accidents de la circulation

Nom abrégé	Taux de mortalité due aux accidents de la circulation
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité due aux accidents de la circulation (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Traumatismes et violence
Termes associés	Mortalité par cause de décès
Définition	Nombre de décès causés par des traumatismes mortels dus à des accidents de la circulation, pour 100 000 habitants (standardisé selon l'âge).
Numérateur	Nombre de décès dus à des accidents de la circulation.
Dénominateur	Population.
Ventilation/dimension supplémentaire	Par véhicule à moteur (nombre de tués sur la route pour 10 000 véhicules à moteur), âge, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Données d'enregistrement des décès utilisant la CIM-10.
Méthode d'estimation	On utilise souvent la modélisation, avec des entrées multiples, quand on ne dispose pas de données complètes et exactes.
Fréquence de mesure	Annuelle si l'on dispose de données d'état civil ; sinon, tous les cinq ans
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil, avec couverture complète
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec autopsie verbale, systèmes de compte-rendu administratif (rapports de police)
Autres informations et liens connexes	<p>Objectifs, cibles et indicateurs de la CESAP pour la Décennie d'action pour la sécurité routière, 2011–2020. Dans : Sécurité routière – Note du Secrétariat. Bangkok, Commission économique et sociale de l'ONU pour l'Asie et le Pacifique, 2011. Annexe 1 du Document E/ESCAP/MCT.2/8 de la Conférence ministérielle de la CESAP de l'ONU sur les transports, Bangkok, 12–16 mars 2012 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/ESCAP/MCT.2/8&Lang=F, consulté le 21 avril 2015).</p> <p>Global status report on road safety: time for action. Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/en/, consulté le 29 mars 2015 et partiellement disponible en français sous le titre Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2009 – Il est temps d'agir à l'adresse http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/fr/).</p> <p>Organisation de Coopération et de Développement Économiques. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, Éditions OCDE, 2013 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr, consulté le 29 mars 2014).</p>



Nom abrégé	Taux de fécondité des adolescentes
Nom de l'indicateur	Taux de fécondité des adolescentes (pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Fécondité
Définition	Nombre annuel de nouveau-nés dont la mère est âgée de 15 à 19 ans, pour 1000 femmes dans cette tranche d'âge. On le nomme également taux de fécondité selon l'âge pour les femmes âgées de 15 à 19 ans.
Numérateur	Nombre d'enfants nés vivants dont la mère est âgée de 15 à 19 ans.
Dénominateur	Exposition à la maternité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.
Ventilation/dimension supplémentaire	Situation matrimoniale (si possible, inclure également les filles <15 ans), lieu de résidence, situation socio-économique
Méthode de mesure	<p>Le taux de natalité parmi les adolescentes est généralement calculé sous forme de ratio. Le numérateur est le nombre d'enfants nés vivants dont la mère est âgée de 15 à 19 ans, et le dénominateur est une estimation de l'exposition à la maternité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Le numérateur et le dénominateur sont calculés différemment pour les données des registres d'état civil et les données des enquêtes et des recensements.</p> <p>Registres d'état civil : dans le cas des registres d'état civil, le numérateur est le nombre enregistré d'enfants nés vivants dont la mère est âgée de 15 à 19 ans pour une année donnée, et le dénominateur est la population estimée ou recensée de femmes âgées de 15 à 19 ans.</p> <p>Données d'enquêtes : dans le cas des données d'enquêtes, le taux de natalité parmi les adolescentes est généralement calculé sur la base des antécédents obstétricaux rétrospectifs. Le numérateur fait référence aux nouveau-nés dont la mère était âgée de 15 à 19 ans au moment de l'accouchement au cours d'une période de référence donnée avant l'entretien, et le dénominateur aux années-personnes vécues entre l'âge de 15 et de 19 ans par la femme interrogée au cours de la même période de référence. Chaque fois que possible, la période de référence correspond aux cinq années précédant l'enquête. L'année d'observation déclarée correspond au milieu de la période de référence. Pour certaines enquêtes, il n'y a pas d'antécédents obstétricaux rétrospectifs disponibles et l'estimation est fondée sur la date du dernier accouchement ou le nombre d'accouchements dans les 12 mois précédant l'enquête.</p> <p>Données de recensements : s'agissant des données de recensements, le taux de natalité parmi les adolescentes est généralement calculé sur la base de la date du dernier accouchement ou le nombre d'accouchements dans les 12 mois précédant le recensement. Le recensement donne à la fois le numérateur et le dénominateur pour les taux. Dans certains cas, les taux tirés des recensements sont ajustés pour compenser le sous-enregistrement dû à des méthodes d'estimation indirectes. Pour certains pays ne disposant pas d'autres données fiables, la méthode d'estimation indirecte faisant appel au décompte des enfants du ménage (dite méthode du « own-children ») donne des estimations du taux de natalité parmi les adolescentes pour un certain nombre d'années avant le recensement (voir : http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx, consulté le 19 octobre 2009.)</p> <p>Si'il y a des chiffres disponibles, la fécondité des adolescentes âgées de moins de 15 ans peut également être calculée.</p>
Méthode d'estimation	La Division de la population des Nations Unies compile et actualise les données sur les taux de fécondité des adolescentes pour le suivi des OMD. Les estimations fondées sur les registres d'état civil sont fournies lorsque le pays déclare une couverture d'au moins 90 % et qu'il y a une concordance raisonnable entre les estimations tirées des registres et les estimations tirées des enquêtes. Les estimations des enquêtes sont fournies uniquement lorsqu'il n'existe pas de données d'état civil fiables. Compte tenu des limites de la base de données des Nations Unies relative aux OMD, une seule source est fournie par an et par pays. Dans de tels cas, la priorité est donnée au programme d'enquête conduit le plus fréquemment au niveau national, avec d'autres programmes d'enquêtes faisant appel aux antécédents obstétricaux rétrospectifs, aux recensements et à d'autres enquêtes, dans cet ordre (voir : http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx , consulté le 19 octobre 2009).
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, avec couverture complète
Autres sources de données possibles	Recensements de population, enquêtes auprès des ménages
Autres informations et liens connexes	<p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Monitoring progress in family planning. FP2020 core indicators. Glastonbury (CT), Track20 (http://www.track20.org/pages/data/indicators, consulté le 21 mars 2014).</p> <p>Plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014–2017. Rapport du Directeur exécutif. New York (NY), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2013.</p>



Indice synthétique de fécondité

Nom abrégé	Indice synthétique de fécondité
Nom de l'indicateur	Indice synthétique de fécondité
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Fécondité
Définition	Nombre moyen d'enfants qu'auraient mis au monde une cohorte hypothétique de femmes durant leur vie si elles devaient vivre jusqu'à la fin de leur période de procréation et si au cours de cette période, elles avaient eu des taux de fécondité conformes aux taux de fécondité par âge pour cette période. Il est exprimé en nombre d'enfants par femme.
Numérateur	
Dénominateur	
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, situation socio-économique
Méthode de mesure	L'indice de fécondité est calculé directement comme la somme des taux de fécondité selon l'âge (concernant habituellement les femmes âgées de 15 à 49 ans), ou cinq fois la somme si les données sont fournies par tranches d'âge de cinq années. Un taux de fécondité selon l'âge ou selon une tranche d'âge se calcule comme le ratio du nombre annuel de nouveau-nés dont la mère a un âge donné ou appartient à une tranche d'âge donnée, au nombre de femmes du même âge ou de la même tranche d'âge, pendant la même année, pour un pays, un territoire ou une zone géographique donnés. Les données des Nations Unies sur la population correspondent à des valeurs estimées à mi-année, obtenues par interpolation linéaire à partir des projections démographiques par période quinquennale des Nations Unies correspondantes dans un scénario de variante moyenne de fécondité.
Méthode d'estimation	Les données sur la population sont tirées de la révision la plus récente du rapport World population prospects de la Division de la population des Nations Unies, présentant les toutes dernières perspectives démographiques mondiales.
Fréquence de mesure	Annuelle si fondée sur les registres d'état civil et les statistiques d'état civil ; une fois tous les 3 à 5 ans si fondée sur enquêtes et recensements
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population, recensements de population
Autres informations et liens connexes	Plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014–2017. Rapport du Directeur exécutif. New York (NY), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2013.



Nom abrégé	Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
Nom de l'indicateur	Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de nouveaux cas confirmés de maladies à prévention vaccinale (MPV) incluses dans les normes pour la surveillance de certaines MPV recommandées par l'OMS à des fins de surveillance, et nombre de cas de MPV notifiés sur le formulaire OMS-UNICEF sur une période donnée.
Numérateur	Nombre de nouveaux cas.
Dénominateur	
Ventilation/dimension supplémentaire	Maladie (diphtérie, hépatite B, coqueluche, tétanos néonatal, tétanos total, rougeole, rubéole, syndrome rubéoleux congénital, oreillons, diarrhée, pneumonie, encéphalite japonaise, fièvre jaune) Âge, zone géographique (par exemple, district), sexe, statut vaccinal
Méthode de mesure	Surveillance active avec rapports et contrôles de qualité réguliers.
Méthode d'estimation	Des ajustements pour compenser la sous-notification peuvent s'avérer nécessaires.
Fréquence de mesure	Mensuelle ; plus fréquemment dans certains cas si la surveillance est continue
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes de surveillance active avec confirmation en laboratoire
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Formulaire commun OMS/UNICEF de notification sur la vaccination. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/routine/reporting/WHO_UNICEF_JRF_FR.xls?ua=1 , consulté le 21 mars 2014). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/ , consulté le 29 mars 2015). World health statistics 2014. Genève, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et d'autres maladies à déclaration obligatoire

Nom abrégé	Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et d'autres maladies à déclaration obligatoire
Nom de l'indicateur	Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de nouveaux cas confirmés par année de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du RSI (à déclaration obligatoire immédiate) et nombre de nouveaux cas confirmés par année d'autres maladies à déclaration obligatoire (maladies susceptibles d'avoir un impact important sur la santé publique et de se propager rapidement au niveau international).
Numérateur	Nombre de nouveaux cas.
Dénominateur	
Ventilation/dimension supplémentaire	Maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du RSI : variole, poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et grippe humaine causée par un nouveau sous-type Autres maladies à déclaration obligatoire : choléra, peste pulmonaire, fièvre jaune, fièvres hémorragiques virales, fièvre du Nil occidental, autres maladies d'intérêt national ou régional (dengue, fièvre de la Vallée du Rift et méningite) Âge, zone géographique, sexe, statut vaccinal
Méthode de mesure	Surveillance avec notification immédiate
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Continue
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes de surveillance active avec confirmation en laboratoire
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Instrument de décision permettant d'évaluer et de notifier les événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Point 2 de l'ordre du jour, Groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international, 22 février 2005 Rapport du groupe spécial d'experts sur l'annexe 2. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://apps.who.int/gb/ghs/pdf/IHR_IGWG2_ID4-fr.pdf , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Taux d'incidence du VIH
Nom de l'indicateur	Incidence du VIH (pour 1000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH pour 1000 habitants non infectés. Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas pour une population à risque sur une période donnée.
Numérateur	Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH.
Dénominateur	Population non infectée (qui est la population totale moins le nombre de personnes vivant avec le VIH).
Ventilation/dimension supplémentaire	Population générale, populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs du sexe, consommateurs de drogue par injection, personnes transgenre, prisonniers), tranches d'âge (0–14 ans, 15–24 ans, 15–49 ans, 50 ans et +, pour les populations clés < ou ≥25 ans), mode de transmission chez les enfants (y compris transmission mère-enfant), lieu de résidence, sexe
Méthode de mesure	<p>Les données longitudinales sur les individus constituent la meilleure source de données, mais sont rarement disponibles pour les grands effectifs de population. On peut se servir de tests de dépistage spéciaux dans les enquêtes ou au sein des établissements de santé pour obtenir des informations sur l'incidence du VIH.</p> <p>Dans les épidémies généralisées, la prévalence dans les tranches d'âge très jeunes peut être utilisée comme une approximation ou comme une source de données pour trianguler l'incidence.</p> <p>L'incidence du VIH peut également être modélisée (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum).</p>
Méthode d'estimation	On utilise souvent la modélisation pour obtenir une estimation des nouveaux cas d'infection. Les données de prévalence sont les principales données d'entrée.
Fréquence de mesure	Calendrier des enquêtes ; estimations modélisées par Spectrum actualisées chaque année
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages ou des populations clés avec dépistage pour l'incidence du VIH, modélisation par Spectrum
Autres sources de données possibles	Système de surveillance régulière parmi les populations clés
Autres informations et liens connexes	<p>Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf, consulté le 10 juin 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT), Avenir Health. (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014–2017. Rapport du Directeur exécutif. New York (NY), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2013.</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de prévalence du VIH

Nom abrégé	Taux de prévalence du VIH
Nom de l'indicateur	Prévalence du VIH (pour 1000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH. La prévalence mesure la fréquence d'une maladie existante dans une population bien définie à un moment donné.
Numérateur	Nombre total des cas d'infection.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Tranches d'âge pour l'ensemble de la population : 0–14 ans (<1, 1–4, 5–14 ans), >15 ans (15–24, 15–49, 50 ans et +) Populations clés : tranches d'âge 15–24 ans, 25 ans et + ; hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs du sexe, consommateurs de drogue par injection, personnes transgenre, prisonniers Cas de tuberculose (nouveaux et rechutes), éligibilité au TAR, lieu de résidence, situation par rapport à la grossesse, sexe, situation socio-économique Prévalence du VIH chez les patients tuberculeux
Méthode de mesure	Enquêtes en population générale avec dépistage du VIH, enquêtes par sondage avec dépistage du VIH dans les populations clés, systèmes de surveillance parmi les populations clés, estimations infranationales parmi les populations clés. La prévalence du VIH peut également être modélisée à l'aide du logiciel Spectrum.
Méthode d'estimation	Une modélisation est souvent nécessaire aussi bien pour le numérateur que pour le dénominateur ; elle utilisera les données d'enquêtes, de surveillance et d'études de recherche.
Fréquence de mesure	Calendrier des enquêtes ; estimations modélisées par Spectrum actualisées chaque année
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes parmi les populations clés, enquêtes parmi la population du pays en cas d'épidémies généralisées, systèmes de surveillance
Autres sources de données possibles	Système de surveillance active au sein des structures sanitaires, avec estimations des populations clés
Autres informations et liens connexes	Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf , consulté le 10 juin 2015). Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf , consulté le 19 août 2014). Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr , consulté le 29 mars 2015). Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf , consulté le 29 mars 2014). Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT), Avenir Health. (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php , consulté le 29 mars 2015). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/ , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Prévalence de la séropositivité pour l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs), ajustée en fonction du plan d'échantillonnage.
Numérateur	Nombre de participants à l'enquête ayant été dépistés Ag HBs-positifs, ajusté en fonction du plan d'échantillonnage.
Dénominateur	Nombre de sujets sondés dans l'enquête ayant subi un test de dépistage de l'Ag HBs avec un résultat connu.
Ventilation/dimension supplémentaire	Dépend de la méthode d'échantillonnage Lieu de résidence, exposition à une dose de naissance contre le virus de l'hépatite B (VHB) (registres officiels), exposition à trois doses de vaccin contre le VHB (B3)
Méthode de mesure	<p>L'échantillon pour l'enquête sérologique doit être issu de la zone géographique que l'on souhaite spécifiquement contrôler. Par exemple, si l'objectif est d'estimer la transmission du VHB pendant l'enfance (y compris la transmission mère-enfant) au niveau national, l'échantillonnage doit être géographiquement représentatif de la population du pays. Un échantillonnage de commodité ne convient pas. La taille de l'échantillon doit être suffisante pour détecter avec un seuil de confiance de 95 % une séroprévalence de l'Ag HBs inférieure à 1 % avec une précision de $\pm 0,5\%$.</p> <p>L'âge ciblé des enfants est 5 ans. Échantillonner les 4 à 6 ans peut convenir.</p> <p>L'enquête sérologique est transversale et donne donc lieu à une estimation ponctuelle dans le temps. Il est donc préférable de procéder à la collecte des données sur une durée courte.</p> <p>Les données sur l'exposition à une dose de naissance anti-VHB et sur l'achèvement de la série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B (B3) doivent être tirées des registres officiels. Quand ces derniers ne sont pas disponibles, il est envisageable d'utiliser le dépistage de l'Ag HBs pour l'enquête sérologique. C'est une option qu'il ne faut pas privilégier car elle est plus coûteuse, mais on peut également y faire appel en plus.</p> <p>La collecte des échantillons biologiques et leur transport doivent être adaptés afin de minimiser le biais lié à une éventuelle dégradation des échantillons dans les régions rurales et éloignées.</p> <p>Dans la mesure du possible, il est avantageux de prélever des échantillons de sang pour un dépistage en laboratoire par ELISA, car l'exactitude (sensibilité et spécificité) de cette méthode d'analyse est plus élevée que celle des tests rapides. Toutefois, dans certains endroits, seuls les tests rapides seront disponibles et c'est pourquoi le choix du test dépend des ressources. Il conviendra de prendre en compte cette contrainte lors de la conception de la méthodologie globale de l'étude.</p> <p>Avec une taille et une stratégie d'échantillonnage appropriées et l'emploi de procédures de laboratoire et de tests d'analyse de qualité, la prévalence de l'Ag HBs dans l'enquête sérologique devrait être représentative de l'incidence de la transmission du VHB pendant l'enfance dans la région géographique (ou le pays) considérée, dans cette tranche d'âge.</p>
Méthode d'estimation	L'Ag HBs est le marqueur le plus important pour l'estimation de l'incidence de l'hépatite B, définie comme le nombre de nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B pour 100 000 habitants sur une année donnée. Pour obtenir de telles estimations, on a recours à la modélisation statistique.
Fréquence de mesure	Occasionnelle, en fonction de la séroprévalence dans la population et de la couverture par la vaccination contre le VHB chez les nourrissons.
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquête sérologique
Autres sources de données possibles	Données administratives relatives à la couverture par le vaccin contre l'hépatite B collectées régulièrement, notamment le pourcentage de nouveau-nés ayant reçu la première dose dans les 24 heures suivant la naissance (HepB0, en %) et le pourcentage de nourrissons ayant reçu trois doses de vaccin contre l'hépatite B (HepB3, en %)
Autres informations et liens connexes	<p>Hepatitis B Control Through Immunization: a Reference Guide. Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization, 2014 (http://iris.wpro.who.int/bitstream/10665.1/10820/3/9789290616696_eng.pdf, consulté le 28 mai 2015).</p> <p>Impact de la vaccination contre l'hépatite B : meilleures pratiques pour mener une enquête sérologique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112854/1/WHO_IVB_11.08_fre.pdf, consulté le 28 mai 2015).</p> <p>Sample design and procedures for Hepatitis B immunization surveys: A companion to the WHO cluster survey reference manual. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_IVB_11.12_eng.pdf, consulté le 28 mai 2015).</p>



Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)

Nom abrégé	Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)
Nom de l'indicateur	Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (MST)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de nouveaux cas de MST déclarés (syndromes ou étiologie) sur une période donnée (année).
Numérateur	Nombre de nouveaux cas.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, populations clés, sexe, syndrome/pathogène (gonorrhée, syphilis [y compris congénitale], écoulement urétral, et ulcérations génitales)
Méthode de mesure	La confirmation de l'infection en laboratoire est essentielle. Si elle n'est pas disponible, on utilise l'approche par syndrome pour estimer l'incidence, mais les données sont beaucoup moins fiables.
Méthode d'estimation	Annuelle
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006–2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>ONU. Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (février 2014). Consulté le 19 août 2014, à l'adresse https://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf</p>



Nom abrégé	Taux d'incidence de la tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre estimé de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes (toutes formes confondues, y compris chez les personnes infectées par le VIH) sur une année donnée, exprimé en taux pour 100 000 habitants.
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes sur une période donnée.
Dénominateur	Nombre d'années-personnes d'exposition.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sérologie VIH, sexe
Méthode de mesure	La mesure directe exige des systèmes de surveillance de grande qualité dans lesquels la sous-notification est négligeable, et des systèmes de santé solides pour que la sous-notification soit également négligeable ; sinon, estimations indirectes basées sur les données de notification et estimations des niveaux de sous-notification et de sous-diagnostic.
Méthode d'estimation	<p>Les estimations de l'incidence de la tuberculose sont produites par un processus consultatif et analytique conduit par l'OMS et sont publiées chaque année. Ces estimations sont basées sur les notifications annuelles des cas, les évaluations de la qualité et de la couverture des données de notification des cas de tuberculose, les enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose et les informations provenant des systèmes d'enregistrement des décès (état civil).</p> <p>On obtient les estimations de l'incidence pour chaque pays en utilisant une ou plusieurs des approches suivantes, selon les données disponibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incidence = notifications des cas/proportion estimée de cas détectés ; 2. incidence = prévalence/durée de la maladie ; 3. incidence = décès/proportion de cas incidents qui décèdent. <p>Des plages d'incertitude sont fournies en complément des meilleures estimations.</p> <p>Des détails sont disponibles dans le rapport (en anglais) intitulé <i>TB impact measurement: policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control</i> et dans l'annexe technique en ligne (en anglais) du rapport 2014 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (<i>Global tuberculosis report 2014</i>).</p>
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Système de surveillance de la tuberculose de grande qualité (relié au système d'information de routine des établissements de santé).
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec test de dépistage de la tuberculose
Autres informations et liens connexes	<p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de notification de la tuberculose

Nom abrégé	Taux de notification de la tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux de notification de la tuberculose (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	<p>Nombre notifié de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes sur une année donnée, pour 100 000 habitants.</p> <p>Le terme « notification » signifie que la tuberculose est diagnostiquée chez un patient et fait l'objet d'une déclaration dans le système de surveillance national, et ensuite à l'OMS.</p> <p>Depuis 2013, les nombres de cas sont déclarés à l'OMS dans les catégories suivantes : nouveaux cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement ; nouveaux cas de tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiqués ; nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire, confirmés bactériologiquement ou cliniquement diagnostiqués ; cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés en rechute ; cas de tuberculose pulmonaire cliniquement diagnostiqués en rechute ; cas de tuberculose extrapulmonaire en rechute, confirmés bactériologiquement ou cliniquement diagnostiqués ; cas déjà traités, à l'exclusion des cas en rechute, confirmés bactériologiquement ou cliniquement diagnostiqués. Noter que « nouveau » dans les trois premières catégories ci-dessus inclut aussi les cas sans antécédents connus de traitement antituberculeux.</p> <p>Avant 2013, les nombres de cas étaient déclarés à l'OMS dans les catégories suivantes : nouveau cas de tuberculose : pulmonaire à frottis positif ; nouveau cas de tuberculose : pulmonaire à frottis négatif ; nouveau cas de tuberculose : pulmonaire à frottis de résultat inconnu/non réalisé ; nouveau cas de tuberculose : extrapulmonaire ; nouveau cas de tuberculose : autre ; cas de tuberculose en retraitement : rechute (tuberculose pulmonaire à frottis et/ou culture positifs) ; cas de tuberculose en retraitement : traitement après échec thérapeutique (tuberculose pulmonaire à frottis et/ou culture positifs) ; cas de tuberculose en retraitement : traitement après abandon (tuberculose pulmonaire à frottis et/ou culture positifs) ; cas de tuberculose en retraitement : autre ; autres cas de tuberculose (antécédents thérapeutiques inconnus).</p>
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose nouveaux et de rechutes sur une période donnée.
Dénominateur	Nombre de personnes/population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Type de tuberculose (confirmée bactériologiquement/cliniquement diagnostiquée, pulmonaire/extrapulmonaire) Âge, agents de santé, lieu de résidence, prisonniers, sexe, antécédents thérapeutiques
Méthode de mesure	<p>Le nombre de cas détectés par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose est collecté dans le cadre de la surveillance de routine.</p> <p>Les notifications annuelles des cas sont déclarées par les pays à l'OMS à l'aide d'un système de collecte de données en ligne. Voir le rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (WHO global tuberculosis report).</p> <p>Les notifications des cas de tuberculose communiquées par les pays suivent les recommandations de l'OMS sur les définitions des cas ainsi que sur l'enregistrement et la notification ; elles sont comparables au niveau international et aucun ajustement n'est nécessaire.</p>
Méthode d'estimation	Déclaration par les pays.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Système de surveillance de la tuberculose relié au système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de prévalence de la tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux de prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) dans une population à un moment donné (milieu de l'année civile), exprimé en taux pour 100 000 habitants.
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose.
Dénominateur	Nombre de personnes/population.
Ventilation/dimension supplémentaire	Tuberculose confirmée bactériologiquement, toutes formes confondues Âge, statut sérologique vis-à-vis du VIH, sexe
Méthode de mesure	La prévalence peut être estimée dans les enquêtes en population à l'échelle nationale. Quand on ne dispose pas de données d'enquêtes, on calcule les estimations de la prévalence à partir des estimations de l'incidence et de la durée de la maladie.
Méthode d'estimation	<p>Les estimations de la prévalence de la tuberculose sont basées sur un processus consultatif et analytique conduit par l'OMS et sont publiées chaque année. Des plages d'incertitude sont fournies en complément des meilleures estimations.</p> <p>Quand elles sont disponibles, on utilise les enquêtes sur la prévalence de la tuberculose pour estimer la prévalence. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de données d'enquêtes disponibles, et on calcule les estimations de la prévalence par pays à partir des estimations de l'incidence (pour plus de détails, se reporter aux métadonnées concernant les indicateurs de l'incidence de la tuberculose), combinées aux hypothèses sur la durée de la maladie. On calcule la prévalence de la tuberculose à partir du produit de l'incidence et de la durée de la maladie : incidence x durée de l'affection.</p> <p>La durée de la maladie est très difficile à mesurer directement. On admet qu'elle varie selon que le sujet reçoit ou non un traitement dans un programme respectant l'approche internationalement recommandée pour la lutte contre la tuberculose, et selon que le sujet est infecté ou non par le VIH. De plus, il est admis que les durées suivent des distributions avec une variance élevée pour rendre compte des différences entre les pays.</p> <p>De plus amples détails sont disponibles dans les rapports (en anglais) intitulés <i>Tuberculosis prevalence surveys handbook</i> (2e édition), <i>TB impact measurement: policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control</i> et dans l'annexe technique en ligne (en anglais) du rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (<i>WHO Global tuberculosis report</i>).</p>
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes sur la prévalence de tuberculose dans la population/enquêtes auprès de populations particulières, système d'information ordinaire des établissements sur la surveillance de la tuberculose
Autres sources de données possibles	Études spéciales
Autres informations et liens connexes	<p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois

Nom abrégé	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
Nom de l'indicateur	Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois chez qui l'on a diagnostiqué une infection paludique.
Numérateur	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois chez qui l'on a diagnostiqué une infection paludique.
Dénominateur	Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois chez qui un dépistage d'infection paludique a été réalisé par un test de diagnostic rapide ou un examen au microscope.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, saison (année et mois), sexe
Méthode de mesure	Enquête auprès des ménages avec test de diagnostic rapide ou examen au microscope pratiqué chez tous les enfants de 6 à 59 mois.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Tous les 2 à 5 ans selon l'épidémiologie et l'intensité des interventions
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes en population avec dépistage d'infection paludique
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé avec confirmation en laboratoire
Autres informations et liens connexes	Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/ WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf , consulté le 15 avril 2015). Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/ , consulté le 29 mars 2015). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/ , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Taux d'incidence du paludisme
Nom de l'indicateur	Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés, pour 1000 personnes par an.
Numérateur	Nombre de cas de paludisme présumés, confirmés par microscopie ou test de diagnostic rapide.
Dénominateur	Population exposée au risque (nombre de personnes vivant dans des zones où la transmission du paludisme s'observe).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, saison (année et mois)
Méthode de mesure	Confirmation des cas par microscopie ou test de diagnostic rapide <p>Microscopie : Nombre de cas confirmés par examen au microscope, y compris les patients hospitalisés et les patients en consultation externe, de tout âge. Inclut également les cas détectés par détection active et passive des cas, mais exclut les cas détectés dans la communauté.</p> <p>Tests de diagnostic rapide : Nombre de cas confirmés par des tests de diagnostic rapide, y compris les patients hospitalisés et les patients en consultation externe, de tout âge. Inclut également les cas détectés par détection active et passive des cas, mais exclut les cas qui sont également confirmés par microscopie ou ceux qui sont détectés et confirmés par des programmes communautaires.</p>
Méthode d'estimation	L'OMS compile les données sur les cas de paludisme confirmés notifiés, communiqués par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme. Le dénominateur est estimé, au moyen des données sur la population et d'une cartographie des risques.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Systèmes de surveillance
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/ WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf , consulté le 15 avril 2015). Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx , consulté le 29 mars 2015). Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/ , consulté le 29 mars 2015). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/ , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Incidence du cancer, par type de cancer

Nom abrégé	Incidence du cancer, par type de cancer
Nom de l'indicateur	Taux d'incidence du cancer, par type de cancer (pour 100 000 habitants)
Domaine	Etat de santé
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Morbidité
Définition	Nombre de nouveaux cas de cancer par localisation//type spécifique dans la population pour 100 000 habitants.
Numérateur	Nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués pour une année donnée. Ce chiffre peut inclure les tumeurs primaires multiples chez un même patient. La localisation primaire déclarée est le siège d'origine du cancer et non le siège des métastases. En général, le taux d'incidence n'inclura pas les récurrences.
Dénominateur	Population à risque pour la catégorie donnée de cancer. La population considérée dépend du taux à calculer. Quand le siège d'un cancer n'existe que chez un seul sexe, on prend la population du sexe concerné (par exemple, les femmes pour le cancer du col de l'utérus).
Ventilation/dimension supplémentaire	Type (cancers principaux), par exemple cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon, du foie, du poumon, de la prostate, de l'estomac Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Registres des cancers.
Méthode d'estimation	$(\text{Nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués sur une année donnée}) / (\text{population à risque pour cette catégorie}) \times 100\,000$. Si les registres des cancers sont incomplets, des ajustements seront nécessaires.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Registres des cancers à l'échelle de la population, qui collectent et classent les informations sur tous les nouveaux cas de cancer dans une population déterminée
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/, consulté le 29 mars 2015).</p>

Indicateurs des facteurs de risque



Nutrition

- Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois
- Initiation précoce de l'allaitement au sein
- Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
- Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
- Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation
- Prévalence de l'anémie chez les enfants
- Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Infections

- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque

Facteurs de risque environnementaux

- Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
- Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
- Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer
- Niveau de pollution atmosphérique en ville

Maladies non transmissibles

- Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
- Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus
- Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
- Obésité et surpoids chez l'adulte (*également : chez l'adolescent*)
- Hypertension chez l'adulte
- Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte
- Apport en sel
- Activité physique insuffisante chez l'adulte (*également : chez l'adolescent*)

Traumatismes

- Prévalence de la violence infligée par le partenaire intime



Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois

Nom abrégé	Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois
Nom de l'indicateur	Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Proportion des nourrissons de 0 à 5 mois (<6 mois) qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel.
Numérateur	Nombre de nourrissons de 0 à 5 mois qui sont allaités exclusivement au sein.
Dénominateur	Nombre total des nourrissons de 0 à 5 mois examinés.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	<p>Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois n'ayant reçu que du lait maternel le jour précédent = (nourrissons de 0 à 5 mois n'ayant reçu que du lait maternel le jour précédent / effectif des nourrissons de 0 à 5 mois) x 100. On utilise les données de la situation en cours. Les gouttes de vitamines ou d'oligoéléments et les médicaments ne sont pas comptés.</p> <p>Les enquêtes DHS et MICS comportent des questions sur les liquides et les aliments donnés le jour précédent pour savoir si l'enfant est exclusivement allaité au sein.</p>
Méthode d'estimation	<p>L'OMS et l'UNICEF collectent conjointement les données sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en rassemblant les informations obtenues lors des enquêtes nationales. Le Programme de l'OMS consacré à la nutrition, l'exercice physique et la prévention de l'obésité, au Bureau régional de l'Europe, compile les informations des pays sur l'allaitement exclusif au sein indépendamment. Il est à noter que beaucoup de pays développés font référence à l'allaitement exclusif au sein à l'âge de 6 mois, ce qui donne des estimations inférieures à la mesure standard de l'allaitement exclusif au sein moyenné sur les six premiers mois. Les deux sources ont été combinées pour présenter toutes les données disponibles sur l'allaitement exclusif au sein.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées.</p>
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages, enquêtes auprès de populations particulières
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Every Newborn: an action plan to end preventable diseases (Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf, consulté le 29 mars 2015) (version provisoire en français consultable sous http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1).</p> <p>Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44144/1/9789242596663_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>PEPFAR. Next Generation Indicators Reference Guide – Planning and Reporting. Version 1.2. The President's Emergency Plan for AIDS Relief, Feb. 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/81097.pdf).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Initiation précoce de l'allaitement au sein
Nom de l'indicateur	Initiation précoce de l'allaitement au sein
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Proportion des nourrissons qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance, pour une période donnée.
Numérateur	Nombre de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes pour une période donnée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Les enquêtes DHS et MICS comportent des questions sur le moment où a eu lieu la première mise au sein.
Méthode d'estimation	L'UNICEF tient à jour une banque de données mondiale (http://data.unicef.org/nutrition/iycf).
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44144/1/9789242596663_fre.pdf , consulté le 29 mars 2015).



Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés

Nom abrégé	Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
Nom de l'indicateur	Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Nutrition
Définition	Pourcentage des naissances vivantes pour lesquelles le nouveau-né pèse moins de 2500 g.
Numérateur	Nombre de nouveau-nés vivants dont le poids est inférieur à 2500 g à la naissance.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, prématurité, situation socio-économique
Méthode de mesure	Registres des accouchements (systèmes d'information et de gestion des hôpitaux). Cette méthode fournit des données sur l'incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés mis au monde dans les établissements de santé. Les enquêtes auprès des ménages qui recueillent des données sur le poids de naissance (dont se souvient la mère) et la taille relative du nouveau-né à la naissance permettent d'obtenir une valeur ajustée même là où beaucoup de nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance.
Méthode d'estimation	Pour estimer l'incidence, on utilise les données sur la taille relative à la naissance et le poids de naissance dont la mère se souvient. L'UNICEF tient à jour une base de données mondiale dans laquelle des ajustements sont faits à l'aide des données d'enquêtes (essentiellement DHS et MICS), et les estimations administratives sont utilisées là où le pourcentage de nouveau-nés pesés est élevé.
Fréquence de mesure	Continue
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population et données tirées des systèmes d'information/administratifs
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report , consulté le 29 mars 2014). Organisation de Coopération et de Développement Économiques Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, Éditions OCDE, 2013 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr , consulté le 29 mars 2014).



Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance

Nom abrégé	Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
Nom de l'indicateur	Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance (modéré ou grave)
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Pourcentage des enfants de 0 à 59 mois présentant un retard de croissance (modéré ou grave) (modéré : enfants dont la taille pour l'âge est inférieure à la médiane des Normes OMS de croissance de l'enfant -2 écarts-types ; grave : enfants dont la taille pour l'âge est inférieure à la médiane des Normes OMS de croissance de l'enfant -3 écarts-types).
Numérateur	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois présentant un retard de croissance.
Dénominateur	Nombre total des enfants de 0 à 59 mois qui ont été mesurés.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance = (nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont le "score z" se retrouve en-dessous du rapport taille/âge médian des Normes OMS de croissance de l'enfant -2 écarts-types/nombre total des enfants de 0 à 59 mois mesurés) x 100. Le poids et la taille des enfants sont mesurés au moyen d'un matériel et de méthodes standard (par exemple, on mesure les enfants de moins de 24 mois couchés, tandis qu'on mesure la taille debout chez les enfants de 24 mois et plus).
Méthode d'estimation	L'OMS gère la base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, qui inclut des enquêtes en population répondant à une série de critères bien précis. La validité et la cohérence des données sont vérifiées, et des ensembles de données brutes sont analysés suivant une procédure standard afin d'obtenir des résultats comparables. La prévalence en-dessous et au-dessus de seuils prédéfinis pour le rapport poids/âge, le rapport taille/âge, le rapport poids/taille et le rapport indice de masse corporelle (IMC)/âge chez les enfants d'âge préscolaire est présentée en utilisant les valeurs du z basées sur les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Type prédominant des statistiques : ajustées.
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages dans la population
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec modules couvrant la nutrition, systèmes nationaux de surveillance
Autres informations et liens connexes	Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report , consulté le 29 mars 2014). Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf , consulté le 29 mars 2015). Décision WHA67(9). La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf , page 67, consulté le 29 mars 2015). Document A67/15. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. La stratégie mondiale et le plan d'application exhaustif. Rapport du Secrétaire. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_15-fr.pdf , consulté le 29 mars 2015). Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf , consulté le 29 mars 2015). Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (Série de Rapports techniques 854). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/ , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation

Nom abrégé	Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation
Nom de l'indicateur	Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (modérée ou grave)
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Pourcentage des enfants de 0 à 59 mois présentant une émaciation (modérée ou grave) (modérée : enfants dont le poids pour la taille est inférieur à la médiane des Normes OMS de croissance de l'enfant -2 écarts-types ; grave : enfants dont le poids pour la taille est inférieur à la médiane des Normes OMS de croissance de l'enfant -3 écarts-types).
Numérateur	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois présentant une émaciation
Dénominateur	Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans émaciés pour leur âge = (nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont le "score z" se retrouve en-dessous du rapport poids/taille médian des Normes OMS de croissance de l'enfant -2 écarts-types/nombre total d'enfants de 0 à 59 mois mesurés) x 100. Le poids et la taille des enfants sont mesurés au moyen d'un matériel et de méthodes standard (par exemple, on mesure les enfants de moins de 24 mois couchés, tandis qu'on mesure la taille debout chez les enfants de 24 mois et plus).
Méthode d'estimation	L'OMS gère la base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, qui inclut des enquêtes en population répondant à une série de critères bien précis. La validité et la cohérence des données sont vérifiées, et des ensembles de données brutes sont analysés suivant une procédure standard afin d'obtenir des résultats comparables. La prévalence en-dessous et au-dessus de seuils prédéfinis pour le rapport poids/âge, le rapport taille/âge, le rapport poids/taille et le rapport IMC/âge chez les enfants d'âge préscolaire est présentée en utilisant les valeurs du z basées sur les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données (incluant les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de qualité des données et le flux de travail de la base de données) figure dans un article publié en 2003 dans l'International Journal of Epidemiology (de Onis M, Blössner M).
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes nationales sur la nutrition
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec modules couvrant la nutrition, systèmes nationaux de surveillance
Autres informations et liens connexes	Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnh.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report , consulté le 29 mars 2014). de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. Int J Epidemiol 2003, 32(4): 518–26. Décision WHA67(9). La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf , page 67, consulté le 29 mars 2015). Document A67/15. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. La stratégie mondiale et le plan d'application exhaustif. Rapport du Secrétariat. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_15-fr.pdf , consulté le 29 mars 2015). Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (Série de Rapports techniques 854). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/ , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Prévalence de l'anémie chez les enfants
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois présentant un taux d'hémoglobine inférieur à 110 g/l, ajusté selon l'altitude.
Numérateur	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois présentant un taux d'hémoglobine inférieur à 110 g/l, ajusté selon l'altitude.
Dénominateur	Nombre total d'enfants de 6 à 59 mois qui présentaient les taux d'hémoglobine obtenus pendant l'enquête.
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique <i>Également : taux d'hémoglobine inférieurs à 70 g/l (anémie grave)</i>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/ WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Nom abrégé	Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Nutrition
Définition	Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans présentant un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l pour les femmes non enceintes ou allaitantes, et inférieur à 100 g/l pour les femmes enceintes, ajusté en fonction de l'altitude et du tabagisme.
Numérateur	Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans présentant des taux d'hémoglobine inférieurs au seuil indiqué, ajusté en fonction de l'altitude et du tabagisme.
Dénominateur	Nombre total des femmes âgées de 15 à 49 ans présentant des taux d'hémoglobine mesurés pendant une période déterminée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, situation vis-à-vis de la procréation (femmes enceintes, allaitantes), situation socio-économique <i>Également : taux d'hémoglobine inférieurs à 80 g/l pour les femmes non enceintes ou allaitantes, et inférieurs à 70 g/l pour les femmes enceintes (anémie grave)</i>
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p>



Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque

Nom abrégé	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque
Nom de l'indicateur	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Infections
Définition	Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque (femmes et hommes qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; travailleurs du sexe avec le client le plus récent ; hommes ayant des rapports sexuels anaux avec d'autres hommes ; consommateurs de drogue par injection déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel). Pour les consommateurs de drogue par injection, on mesure également le nombre d'aiguilles utilisées par consommateur par an.
Numérateur	
Dénominateur	
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (15–24, 15–49 ans), sexe Travailleurs du sexe : par sexe (F/M/transgenre), âge (<25 ans/25 ans et +) Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : âge (<25 ans/25 ans et +) Consommateurs de drogue par injection : sexe, âge (<25 ans/25 ans et +)
Méthode de mesure	Enquêtes en population pour la population générale ; enquêtes ciblant des populations clés tels que les IBBS (enquêtes intégrées de surveillance comportementale et biologique).
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	The Demographic and Health Surveys Program. Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.dhsprogram.com/ , consulté le 29 mars 2015).



Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre

Nom abrégé	Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
Nom de l'indicateur	Pourcentage de la population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Environnement
Termes associés	Facteurs de risque environnementaux
Définition	Population utilisant une source d'approvisionnement de base en eau de boisson (eau sous conduite arrivant dans l'habitation, la cour ou la parcelle ; robinets publics ou bornes-fontaines ; forages ou puits tubés ; puits ordinaires protégés ; sources protégées, eau de pluie recueillie dans des réservoirs) qui est située dans des locaux accessibles chaque fois que nécessaire ; exempté de contamination fécale (et de contamination par des produits chimiques prioritaires) et/ou réglementée par une autorité compétente.
Numérateur	Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
Dénominateur	Population totale
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence (urbain/rural), situation socio-économique (richesse, capacité financière etc.)
Méthode de mesure	L'indicateur se calcule comme le ratio du nombre de personnes qui utilisent un service d'eau de boisson géré de manière sûre, en milieu urbain ou rural, exprimé en pourcentage. Les données obtenues dans les enquêtes auprès des ménages ou les recensements fournissent des informations sur les types de sources d'approvisionnement de base en eau de boisson énumérés ci-dessus. De telles données seront combinées aux données sur la qualité de l'eau obtenues par analyse directe de la qualité de l'eau à l'échelle des ménages, ainsi qu'aux données figurant dans les dossiers administratifs ou les référentiels réglementaires relatifs aux différents aspects de la gestion sûre de l'eau. Le pourcentage de la population totale utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre est la moyenne des deux chiffres précédents pondérée par la population. L'accès à l'eau et l'accès à l'assainissement sont considérés comme des indicateurs socio-économiques et sanitaires de base et des déterminants essentiels, entre autres, de la survie de l'enfant, de la santé de la mère et de l'enfant, du bien-être de la famille et de la productivité économique. De plus, l'utilisation des sources d'eau de boisson et des installations d'assainissement entre en compte dans l'indice de richesse employé par les enquêtes sur les ménages pour diviser la population en quintiles de richesse. De ce fait, les enquêtes sur les ménages les plus représentatives au niveau national incluent des informations sur les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement de base. Les questions des enquêtes et les catégories de réponse sur l'accès aux sources d'approvisionnement de base en eau de boisson sont entièrement harmonisées entre les DHS et les MICS et sont extraites du questionnaire normalisé dont l'intégration dans les instruments d'enquête est préconisée par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP). Il est disponible à l'adresse www.wssinfo.org . Les données administratives sur la contamination fécale ou chimique, et la réglementation par les autorités appropriées, seront recueillies par le JMP dans le cadre de consultations avec les administrations responsables de l'approvisionnement en eau de boisson et de la réglementation en la matière.
Méthode d'estimation	<p>Le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement rassemble, examine et évalue les données recueillies par les bureaux de statistique nationaux et autres organismes pertinents grâce aux enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national et aux recensements nationaux.</p> <p>Pour chaque pays, les données sur les sources d'approvisionnement de base en eau de boisson provenant des enquêtes et des recensements sont reproduites sur une échelle de temps allant de 1980 à nos jours. Une droite de tendance linéaire, basée sur la méthode des moindres carrés, est tracée à partir de ces points de données afin d'obtenir des estimations de l'utilisation des sources d'approvisionnement de base en eau de boisson pour toutes les années entre 1990 et l'année en cours (si possible). Cette analyse prend pour base l'année 1990, correspondant à l'année de référence retenue pour la réalisation des OMD, qui sera par conséquent modifiée selon la référence convenue pour les Objectifs de développement durable (ODD). Les estimations de la contamination fécale et chimique, et la réglementation par les autorités appropriées, seront collectées par les pays et utilisées pour ajuster les données sur l'utilisation des sources d'approvisionnement de base en eau de boisson, le cas échéant.</p> <p>Les données de population utilisées, y compris la proportion de la population vivant en zones urbaines et rurales, sont celles établies par la Division de la population des Nations Unies.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées et prédites.</p>
Fréquence de mesure	Biennale
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population, données provenant de sources administratives ou de référentiels réglementaires.
Autres sources de données possibles	

**Autres informations
et liens connexes**

A post-2015 Global Goal for Water: synthesis of key findings and recommendations from UN-Water. New York (NY), United Nations, 2014 (http://www.unwater.org/fileadmin/user_upload/unwater_new/docs/Topics/UN-Water_paper_on_a_Post-2015_Global_Goal_for_Water.pdf, consulté le 29 mars 2015 ; résumé en français disponible à l'adresse : http://www.unwater.org/fileadmin/user_upload/unwater_new/docs/Topics/UN-Water_Executive_Summary_Technical_Advice_FR.pdf).

A statistical note: proposal for indicator monitoring framework for WaSH, and wastewater targets under the SDGs. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/post-2015/activities/egm-on-indicator-framework/docs/Statistical%20note%20on%20Water%20for%20UNSC%20final%2025Feb2015.pdf>, consulté le 23 avril 2015).

Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (<http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf>, consulté le 19 août 2014).

Guidelines for drinking-water quality, fourth edition. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_guidelines/en/, consulté le 29 mars 2015).

WASH targets and indicators post-2015: recommendations from international consultations. Geneva, Water Supply and Sanitation Collaborative Council, 2014 (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/post-2015-WASH-targets-factsheet-12pp.pdf, consulté le 29 mars 2015).

WHO/UNICEF. Progress on drinking-water and sanitation — 2014 update. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2014/jmp-report/en/, consulté le 29 mars 2015).



Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre

Nom abrégé	Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
Nom de l'indicateur	Pourcentage de la population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Environnement
Termes associés	Facteurs de risque environnementaux
Définition	Population utilisant une installation d'assainissement de base (toilettes munies d'une chasse d'eau automatique ou manuelle vers un réseau d'égout, une fosse septique ou une fosse ordinaire ; latrines améliorées à fosse ventilée ; latrines à fosse avec dalle ; et toilettes à compostage) qui n'est pas partagée avec d'autres ménages, et dont les excréta sont stockés en toute sécurité sur place (par exemple dans une latrine à fosse scellée jusqu'à ce qu'ils puissent être manipulés ou recyclés sans danger, par exemple sous la forme d'intrants agricoles) ou acheminés de manière sûre vers un site déterminé d'élimination ou de traitement en toute sécurité (par exemple, station de traitement) ou collectés de manière hygiénique dans les fosses septiques ou les latrines au moyen d'un camion vidangeur ou d'un équipement de ce type limitant le contact humain puis transportés vers un site déterminé (tel qu'une station de traitement ou un site de collecte des déchets solides).
Numérateur	Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
Dénominateur	Population totale
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence (urbain/rural), situation socio-économique (richesse, capacité financière etc.)
Méthode de mesure	Le pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement de base se calcule comme le ratio du nombre de personnes qui utilisent une installation d'assainissement de base, en milieu urbain ou rural, exprimé en pourcentage. Les données obtenues lors des enquêtes auprès des ménages ou des recensements fournissent des informations sur les types d'installations d'assainissement de base énumérés ci-dessus. De telles données seront combinées aux données figurant dans les dossiers administratifs ou les référentiels réglementaires relatifs aux différents aspects de la gestion sûre de l'eau. Le pourcentage de la population totale utilisant une installation d'assainissement améliorée est la moyenne des deux chiffres précédents pondérée par la population. L'accès à l'eau et l'accès à l'assainissement sont considérés comme des indicateurs socio-économiques et sanitaires de base et des déterminants essentiels, entre autres, de la survie de l'enfant, de la santé de la mère et de l'enfant, du bien-être de la famille et de la productivité économique. De plus, l'utilisation des sources d'eau de boisson et des installations d'assainissement entre en compte dans l'indice de richesse employé par les enquêtes sur les ménages pour diviser la population en quintiles de richesse. De ce fait, les enquêtes sur les ménages les plus représentatives au niveau national incluent des informations sur les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement de base. Les questions des enquêtes et les catégories de réponse sur l'accès aux installations d'assainissement de base sont entièrement harmonisées entre les DHS et les MICS et sont extraites du questionnaire normalisé dont l'intégration dans les instruments d'enquête est préconisée par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP). Il est disponible à l'adresse www.wssinfo.org . Le pourcentage de la population utilisant différents types d'installations d'assainissement de base sera ajusté avec les estimations de la proportion de déchets fécaux qui sont stockés/éliminés sur place en toute sécurité ou acheminés de manière sûre vers un site déterminé d'élimination ou de traitement en toute sécurité.
Méthode d'estimation	<p>Le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement rassemble, examine et évalue les données recueillies par les bureaux de statistique nationaux et autres organismes pertinents grâce aux enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national et aux recensements nationaux.</p> <p>Pour chaque pays, les données provenant des enquêtes et des recensements sont reproduites sur une échelle de temps allant de 1980 à nos jours. Une droite de tendance linéaire, basée sur la méthode des moindres carrés, est tracée à partir de ces points de données afin d'obtenir des estimations pour toutes les années entre 1990 et l'année en cours (si possible). Cette analyse prend pour base l'année 1990, correspondant à l'année de référence retenue pour la réalisation des OMD, qui sera par conséquent modifiée selon la référence convenue pour les Objectifs de développement durable (ODD). Les estimations de la gestion des excréta, et la réglementation par les autorités appropriées, seront collectées par les pays et utilisées pour ajuster les données sur l'utilisation des installations d'assainissement de base, le cas échéant. Les données administratives, les données sur la population (y compris la densité de population) et les données environnementales peuvent être combinées pour estimer l'élimination ou le transport des excréta en toute sécurité, quand il n'y a pas de données nationales disponibles. La gestion des excréta sera estimée dans un premier temps aux niveaux mondial et régional, puis progressivement au niveau des pays.</p> <p>Les données sur la population utilisées, y compris la proportion de la population vivant en zones urbaines et rurales, sont celles établies par la Division de la population des Nations Unies.</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées et prédites.</p>
Fréquence de mesure	Biennale
Cadre de suivi et évaluation	Résultats

Sources de données préférées

Enquêtes auprès des ménages, recensements de population, données provenant de sources administratives ou de référentiels réglementaires.

Autres sources de données possibles

Autres informations et liens connexes

A post-2015 Global Goal for Water: synthesis of key findings and recommendations from UN-Water. New York (NY), United Nations, 2014 (http://www.unwater.org/fileadmin/user_upload/unwater_new/docs/Topics/UN-Water_paper_on_a_Post-2015_Global_Goal_for_Water.pdf, consulté le 29 mars 2015 ; résumé en français disponible à l'adresse : http://www.unwater.org/fileadmin/user_upload/unwater_new/docs/Topics/UN-Water_Executive_Summary_Technical_Advice_FR.pdf).

A statistical note: proposal for indicator monitoring framework for WaSH, and wastewater targets under the SDGs. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/post-2015/activities/egm-on-indicator-framework/docs/Statistical%20note%20on%20Water%20for%20UNSC%20final%2025Feb2015.pdf>, consulté le 23 avril 2015).

Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (<http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf>, consulté le 19 août 2014).

WASH targets and indicators post-2015: recommendations from international consultations. Geneva, Water Supply and Sanitation Collaborative Council, 2014 (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/post-2015-WASH-targets-factsheet-12pp.pdf, consulté le 29 mars 2015).

WHO/UNICEF. Progress on drinking-water and sanitation — 2014 update. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2014/jmp-report/en/, consulté le 29 mars 2015).



Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer

Nom abrégé	Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer
Nom de l'indicateur	Population utilisant des combustibles et des technologies modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer (à l'intérieur des habitations)
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Environnement
Termes associés	Facteurs de risque environnementaux
Définition	Pourcentage de ménages / de personnes utilisant des combustibles et des technologies modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer, suivant les recommandations présentées dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air à l'intérieur des habitations et aux combustibles ménagers (<i>WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion</i>).
Numérateur	Nombre de ménages (personnes) utilisant des combustibles et des technologies modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer.
Dénominateur	Nombre total des ménages (personnes).
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique Type de combustible, utilisation finale (cuisiner, se chauffer, s'éclairer)
Méthode de mesure	L'indicateur se calcule comme le nombre de personnes utilisant des combustibles et des technologies modernes divisé par la population totale, exprimé en pourcentage. Les données sur l'utilisation des combustibles et des technologies pour différentes utilisations finales (par exemple cuisiner, se chauffer, s'éclairer) font l'objet d'une collecte systématique aux niveaux national et infranational dans la plupart des pays ayant recours aux recensements et aux enquêtes. Actuellement, les combustibles modernes excluent les combustibles solides et le kérosène. Dans le but d'estimer les effets sur la santé, il est recommandé de suivre également l'utilisation du kérosène, dans une catégorie à part.
Méthode d'estimation	<p>Indicateur est modélisé avec les données d'enquêtes auprès des ménages compilées par l'OMS. Les informations sur l'utilisation des combustibles pour cuisiner et sur les pratiques de cuisson provenant de plus de 700 sources de données représentatives au niveau national, telles que celles énumérées ci-dessus, sont utilisées en combinaison avec les toutes dernières données d'enquêtes disponibles sur les combustibles et les technologies utilisés pour se chauffer et s'éclairer.</p> <p>Sauf indication contraire, les estimations relatives à la cuisson au moyen de combustibles et de technologies modernes dans la population totale (urbaine et rurale) pour une année donnée ont été obtenues séparément à l'aide d'un modèle multiniveau. Le modèle ne prend en compte les régions, les pays et l'époque que sous forme de fonction spline, et les estimations ont été limitées aux valeurs comprises entre zéro et un. Toutes les analyses ont été effectuées au moyen du logiciel STATA (version 12, StataCorp LP, College Station, TX, États-Unis d'Amérique).</p> <p>Les estimations pour les pays ne disposant pas d'enquêtes ont été obtenues comme suit : lorsqu'il n'y avait pas d'informations disponibles sur l'utilisation des combustibles et des technologies dans les foyers pour le pays, on a utilisé la moyenne pondérée par la population régionale. Il est à noter que cette approche a également été appliquée à la Guinée équatoriale au lieu de celle utilisée pour les pays à revenu élevé (voir ci-dessous) ; on admet que les pays classés dans le niveau de revenu élevé ayant un PIB supérieur à US \$12 616 par habitant (La Banque mondiale, http://data.worldbank.org/about/country-classifications, consulté en juillet 2013) ont opéré une transition complète vers l'utilisation des combustibles et des technologies modernes comme source première d'énergie domestique pour la cuisine et le chauffage, et l'utilisation des combustibles solides est déclarée inférieure à 5 %.</p>
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages, recensements de population
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	<p>Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A et al. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980–2010. <i>Environ Health Perspect.</i> 2013, 121(7): 784–90.</p> <p>Indoor air quality guidelines: household fuel combustion. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/indoorair/publications/household-fuel-combustion/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation disponible en français à l'adresse http://www.who.int/indoorair/guidelines/hhfc/ExecSumm_Fr.pdf?ua=1).</p> <p>Rehfuess E, Mehta S, Prüss-Ustün A. Assessing household solid fuel use: multiple implications for the Millennium Development Goals. <i>Environ Health Perspect.</i> 2006, 114(3): 373–8.</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Niveau de pollution atmosphérique en ville
Nom de l'indicateur	Niveau de pollution atmosphérique en ville (matières particulaires [PM])
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Environnement
Termes associés	Facteurs de risque environnementaux
Définition	Concentration moyenne annuelle de matières particulaires dont le diamètre n'excède pas 2,5 microns (PM _{2,5}) [$\mu\text{g}/\text{m}^3$] (ou n'excède pas 10 microns [PM ₁₀] si PM _{2,5} n'est pas disponible) en ville.
Numérateur	
Dénominateur	
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	La concentration annuelle moyenne des particules fines en suspension dont le diamètre n'excède pas 10 ou 2,5 microns est une mesure courante de la pollution atmosphérique. La concentration moyenne en ville est basée sur des mesures quotidiennes, ou des données qui ont pu servir à établir des moyennes annuelles. En l'absence de moyennes annuelles, on peut exceptionnellement utiliser des mesures couvrant une partie de l'année seulement (sous réserve que les données soient largement représentatives de l'exposition à la moyenne annuelle).
Méthode d'estimation	<p>Les moyennes annuelles représentent une moyenne des valeurs des stations de surveillance des villes. La moyenne peut être pondérée par la population si les stations sont représentatives de certaines parties de la ville. Afin de présenter des données de qualité de l'air largement représentatives de l'exposition humaine, il convient d'utiliser des mesures urbaines caractérisées comme le niveau de fond urbain, les zones résidentielles, les zones commerciales et mixtes. Les stations caractérisées comme des « points chauds » particuliers ou les zones exclusivement industrielles ne sont généralement pas prises en compte, sauf si leurs niveaux sont représentatifs des expositions des personnes. Cette sélection devrait se faire en ligne avec l'objectif d'inclure des valeurs représentatives de l'exposition humaine. On considère souvent que la localisation des points chauds, souvent mesurés aux fins d'inclure les valeurs maximales des villes et les zones industrielles, est probablement moins représentative de l'exposition moyenne d'une fraction importante de la population d'une ville. Les « points chauds » sont désignés ainsi par les rapports d'origine, ou sont qualifiés de tels en raison de leur nature exceptionnelle (par exemple, routes exceptionnellement encombrées, etc.). Les omettre peut cependant entraîner une sous-estimation des niveaux moyens de pollution atmosphérique d'une ville.</p> <p>Lorsqu'elles ne sont pas disponibles, les données PM_{2,5} moyennes annuelles peuvent être estimées en fonction de PM₁₀. Les facteurs de conversion PM_{2,5}/PM₁₀ peuvent varier selon la localisation, et devraient, si possible, être tirés d'autres stations qui mesurent à la fois PM_{2,5} et PM₁₀ dans la ville ou le pays, ou à défaut, de la région. Il faut les considérer comme approximatifs seulement. La valeur convertie pour les villes individuelles peut s'écarter de la valeur réelle (généralement entre 0,3 et 0,8).</p>
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Rapports de surveillance nationaux/infranationaux et sites Web contenant des mesures de PM ₁₀ ou PM _{2,5} et agences nationales compétentes.
Autres sources de données possibles	Données d'articles/de projets de recherche provenant de journaux à comité de lecture, agences de développement concernées, agences des Nations Unies
Autres informations et liens connexes	WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide: Global update 2005. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/outdoorair_aqg/en/ , consulté le 6 mai 2015 ; partiellement disponible en français à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69476/1/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_fre.pdf).



Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)

Nom abrégé	Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
Nom de l'indicateur	Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	<p>Quantité totale (somme de la quantité d'alcool enregistrée par habitant lissée sur trois ans et de la quantité non enregistrée par habitant) d'alcool consommée par adulte (âgé de 15 ans ou plus) en une année civile, en litres d'alcool pur (éthanol). La consommation d'alcool enregistrée fait référence aux statistiques officielles (production, importation, exportation, et données relatives aux ventes et aux taxes), alors que la consommation d'alcool non enregistrée fait référence à l'alcool qui n'est pas taxé et qui est hors d'atteinte des systèmes habituels de contrôle du gouvernement. Dans les situations où le nombre de touristes par an est au moins égal au nombre d'habitants, la consommation par les touristes est également prise en compte et est déduite de la quantité d'alcool enregistrée par habitant pour le pays.</p>
Numérateur	Somme de la quantité d'alcool enregistrée et non enregistrée consommée dans une population en une année civile, en litres.
Dénominateur	Population résidente à mi-année âgée de 15 ans ou plus pour la même année civile.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	<p>Consommation enregistrée : La consommation d'alcool pur enregistrée par habitant (âgé de 15 ans ou plus) se calcule comme la somme de la consommation d'alcool pur par boisson (bière, vin, spiritueux, autres) provenant des différentes sources. Le schéma décisionnel privilégie en premier lieu les statistiques gouvernementales, en second lieu les statistiques publiques de l'industrie des alcools selon le pays (Canadean, IWSR-International Wine and Spirit Research, OIV- Organisation internationale de la vigne et du vin, Wine Institute, données historiques World Drink Trends), et en troisième lieu la base de données statistiques de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAOSTAT). Pour les pays dans lesquels la source des données est FAOSTAT, la consommation non enregistrée peut être incluse dans la consommation enregistrée.</p> <p>Consommation non enregistrée : Le schéma décisionnel privilégie en premier lieu les données empiriques représentatives au niveau national, souvent issues d'enquêtes en population générale dans les pays où l'alcool est légal. Il privilégie en second lieu d'autres études empiriques spécifiques, et en troisième lieu l'avis d'experts.</p>
Méthode d'estimation	Somme de la quantité d'alcool enregistrée et non enregistrée consommée dans une population en une année civile.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	<p>Systèmes de compte-rendu administratif pour la quantité d'alcool enregistrée par habitant, et données d'enquêtes pour la quantité d'alcool non enregistrée par habitant. Les sources de données à utiliser en priorité pour la consommation d'alcool enregistrée par habitant sont les statistiques gouvernementales sur les ventes de boissons alcoolisées au cours d'une année civile, ou les données sur la production, l'importation et l'exportation d'alcool dans différentes catégories de boissons. Pour les pays ne disposant pas de données gouvernementales sur les ventes ou la production, ce sont les données publiques pour chaque pays provenant du secteur privé qui constitueront la source de données privilégiée, notamment celles des producteurs d'alcools, ou les données par pays provenant de FAOSTAT qui peuvent également inclure la consommation estimative d'alcool non enregistrée. Concernant les principales catégories de boissons alcoolisées, la « bière » comprend les bières de malt, le « vin » comprend le vin obtenu à partir du raisin, les « spiritueux » comprennent toutes les boissons distillées, et la catégorie « autres » englobe une ou plusieurs autres boissons alcoolisées, telles que les boissons fermentées préparées à partir du sorgho, du maïs, du millet, du riz, ou le cidre, le vin de fruits, le vin viné, etc. Les sources de données à utiliser pour la consommation d'alcool non enregistrée comprennent les données d'enquêtes, les données de FAOSTAT, d'autres sources de données telles que les données douanières ou policières, et les avis d'experts.</p>
Autres sources de données possibles	Ensembles de données de la FAO et de la Division des statistiques des Nations Unies
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. <i>Addiction</i>. 2010, 105(5): 817–43.</p>



Nom abrégé	Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus
Nom de l'indicateur	Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	<p>Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge. Les « produits du tabac à fumer » comprennent la consommation de cigarettes, bidis, cigares, cheroots, pipes, chicha (narguilé, ou pipe à eau), objets à fumer de fine coupe (tabac à rouler), krekets, et tout autre forme de tabac à fumer.</p> <p>Le « tabac sans fumée » comprend la consommation de tabac à priser ou de tabac à chiquer sec, humidifié, ou en pâte, sous toutes leurs formes (en rouleaux, en feuilles, en carotte), produits dissolvables, gul, poudre dentifrice rouge, snus, chimo, gutkha, khaini, gudakhu, zarda, quiwam, dohra, tuihur, nasway, naas/naswar, shammah, chique de bétel, toombak, pan masala (chique de bétel), iq'mik, mishri, tapkeer, tombol et tout autre produit du tabac qui est reniflé, gardé dans la bouche, ou mâché.</p>
Numérateur	Nombre de consommateurs actuels de tabac âgés de 18 ans ou plus. Le terme « consommateurs actuels » comprend les consommateurs quotidiens et non quotidiens de tabac à fumer ou sans fumée.
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	Nombre de répondants de 18 ans ou plus consommant actuellement un quelconque produit du tabac (à fumer ou sans fumée)/(nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus) x 100
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national)
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva, World Health Organization, 2010.</p>



Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale

Nom abrégé	Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
Nom de l'indicateur	Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	Prévalence chez les enfants de 0 à 59 mois d'un poids pour leur taille supérieur à la médiane des Normes OMS de croissance de l'enfant +2 écarts-types
Numérateur	Nombre d'enfants de 0 à 59 mois présentant un surpoids.
Dénominateur	Nombre total des enfants de 0 à 59 mois qui ont été mesurés.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	<p>Pourcentage des enfants de moins de cinq ans en surpoids pour leur âge = (nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont le "score z" est au-dessus du rapport poids/taille médian des Normes OMS de croissance de l'enfant +2 écarts-types/nombre total des enfants de 0 à 59 mois mesurés) x 100.</p> <p>Le poids et la taille des enfants sont mesurés par des techniques standard (par exemple, on mesure les enfants de moins de 24 mois couchés, tandis qu'on mesure la taille debout chez les enfants de 24 mois et plus).</p> <p>Les sources de données comprennent les enquêtes nationales sur la nutrition, les autres enquêtes en population représentatives au niveau national avec modules couvrant la nutrition, et les systèmes nationaux de surveillance.</p>
Méthode d'estimation	<p>L'OMS gère la base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant, qui inclut des enquêtes en population répondant à une série de critères bien précis. La validité et la cohérence des données sont vérifiées, et des ensembles de données brutes sont analysés suivant une procédure standard afin d'obtenir des résultats comparables. La prévalence en-dessous et au-dessus de seuils prédéfinis pour le rapport poids/âge, le rapport taille/âge, le rapport poids/taille et le rapport IMC/âge chez les enfants d'âge préscolaire est présentée en utilisant les valeurs de z basées sur les Normes de croissance de l'enfant de l'OMS.</p> <p>Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données (incluant les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de qualité des données et le flux de travail de la base de données) figure dans un article publié en 2003 dans l'International Journal of Epidemiology (de Onis M, Blössner M).</p> <p>Type prédominant des statistiques : ajustées.</p>
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes nationales sur la nutrition
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires en population avec modules couvrant la nutrition, systèmes nationaux de surveillance
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre pour le suivi mondial du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant . Consultation informelle avec les États Membres et les Organismes des Nations Unies sur une série d'indicateurs proposés pour le Cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, 30 septembre–1er octobre 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/nutrition/events/2013_consultation_indicators_globalmonitoringframework_WHO_MIYCN_fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. <i>Int J Epidemiol</i> 2003, 32(4): 518–26.</p> <p>Décision WHA67(9). La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf, page 67, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Document A67/15. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. La stratégie mondiale et le plan d'application exhaustif. Rapport du Secrétariat. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19–24 mai 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_15-fr.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Organisation de Coopération et de Développement Économiques Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, Éditions OCDE, 2013 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Obésité et surpoids chez l'adulte (<i>également : chez l'adolescent</i>)
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	Pourcentage des adultes (18 ans ou plus) qui sont en surpoids (ayant par définition un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ou obèses (ayant par définition un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).
Numérateur	Nombre de répondants de 18 ans ou plus qui sont en surpoids. Nombre de répondants de 18 ans ou plus qui sont obèses. L'IMC se calcule en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés. Le surpoids est défini par le fait d'avoir un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité est définie par le fait d'avoir un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles <i>Également : Obésité et surpoids chez l'adolescent.</i> Note : chez les adolescents, les définitions du surpoids et de l'obésité varient selon l'âge et le genre. La prévalence du surpoids est définie comme le pourcentage d'adolescents dont l'IMC pour l'âge et le sexe est supérieur de plus de 1 (= au-dessus de +1) écart-type à la médiane de la référence de croissance de l'OMS 2007, et la prévalence de l'obésité est définie comme le pourcentage d'adolescents dont l'IMC pour l'âge et le sexe est supérieur de plus de 2 (= au-dessus de +2) écarts-types à la médiane de la référence de croissance de l'OMS 2007
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	$(\text{Nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus en surpoids}) / (\text{nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus}) \times 100$. $(\text{Nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus obèses}) / (\text{nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus}) \times 100$.
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans.
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national) dans laquelle la taille et le poids ont été mesurés.
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007, 85: 660–7 (http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/ , consulté le 29 mars 2015, également disponible en français : Mise au point d'une référence de croissance pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents). Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Hypertension chez l'adulte

Nom abrégé	Hypertension chez l'adulte
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'hypertension chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	Prévalence de l'hypertension (définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg) chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge, et pression artérielle systolique moyenne
Numérateur	Nombre de répondants ayant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg. Dans l'idéal, la pression artérielle devrait être mesurée 3 fois, et les résultats systoliques et diastoliques moyens de la deuxième et de la troisième mesure devraient être utilisés dans ce calcul.
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	$(\text{Nombre de répondants ayant une pression artérielle systolique } \geq 140 \text{ mmHg ou une pression artérielle diastolique } \geq 90 \text{ mmHg}) / (\text{nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus}) \times 100.$
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans.
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national) dans laquelle la pression artérielle a été mesurée, et non auto-déclarée.
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf , consulté le 29 mars 2015). Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte
Nom de l'indicateur	Prévalence de l'élévation de la glycémie / du diabète chez les personnes de 18 ans ou plus ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant, standardisée selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	Prévalence de l'élévation de la glycémie / du diabète chez les personnes de 18 ans ou plus ou chez les personnes sous traitement hypoglycémiant (définie chez les personnes de 18 ou plus par une valeur de la glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou par le fait d'être sous traitement hypoglycémiant), standardisée selon l'âge.
Numérateur	Nombre de répondants de 18 ans ou plus présentant une valeur de la glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) ou sous traitement hypoglycémiant. La glycémie à jeun doit être mesurée, et non auto-déclarée, et les mesures doivent se faire après un jeûne d'une durée d'au moins huit heures.
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	(Nombre de répondants de 18 ans ou plus présentant une valeur de la glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/l [126 mg/dl] ou sous traitement hypoglycémiant)/ (nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus) x 100.
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national). Il existe deux méthodes principales pour l'analyse de la chimie du sang : chimie sèche ou chimie par voie humide. La chimie sèche a recours au sang capillaire prélevé dans un doigt, et est employée dans les tests de diagnostic rapide. La chimie par voie humide utilise un échantillon de sang veineux avec un test réalisé en laboratoire. Les deux méthodes sont acceptables.
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Levitan EB, Song Y, Ford ES, Liu S. Is nondiabetic hyperglycemia a risk factor for cardiovascular disease? A meta-analysis of prospective studies. Arch Intern Med. 2004, 164(19): 2147–55.



Apport en sel

Nom abrégé	Apport en sel
Nom de l'indicateur	Apport moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	Apport moyen en sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisé selon l'âge.
Numérateur	Somme de la quantité de sodium excrétée dans les échantillons d'urine de tous les répondants de 18 ans ou plus. La méthode de référence pour estimer l'apport de sel est le recueil des urines de 24 heures. Toutefois, d'autres méthodes telles que le prélèvement d'urine ponctuel ou les enquêtes sur la fréquence de consommation des aliments peuvent être plus faciles à mettre en œuvre au niveau de la population.
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	Somme de la quantité de sodium excrétée dans les échantillons d'urine de tous les répondants de 18 ans ou plus/nombre des répondants à l'enquête de 18 ans ou plus.
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national)
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Brown IJ, Tzoulaki I, Candelas V, Elliott P. Salt intakes around the world: implications for public health. <i>Int J Epidemiol.</i> 2009, 38: 791–813.</p> <p>Cappuccio F, Capewell S, Lincoln P, McPherson K. Policy options to reduce population salt intake. <i>BMJ.</i> 2011, 343: d4995.</p> <p>Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.</p> <p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, World Health Organization, 2007.</p>



Nom abrégé	Activité physique insuffisante chez l'adulte (<i>également: chez l'adolescent</i>)
Nom de l'indicateur	Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Maladies non transmissibles
Définition	<p>Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge (pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus qui ne satisfont pas n'importe lesquels des critères suivants : 150 minutes d'activité physique modérée par semaine ; 75 minutes d'activité physique intense par semaine ; une combinaison équivalente d'activité physique modérée et intense totalisant au moins 600 minutes d'équivalent métabolique par semaine (les minutes d'activité physique peuvent être totalisées sur une semaine, mais l'activité physique doit durer à chaque fois au moins 10 minutes d'affilée).</p> <p>*L'équivalent métabolique (MET) est le rapport entre la vitesse du métabolisme pendant une activité physique et la vitesse du métabolisme au repos. 1 MET correspond à l'énergie dépensée par une personne assise sans bouger et équivaut à une consommation de 1 kcal/kg par heure. On classe souvent les activités physiques par leur intensité, en utilisant l'équivalent métabolique comme référence.</p>
Numérateur	<p>Nombre de répondants qui satisfont l'ensemble des trois critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> minutes hebdomadaires* d'activité physique intense < 75 minutes ; minutes hebdomadaires* d'activité physique modérée < 150 minutes ; minutes hebdomadaires d'équivalent métabolique** < 600. <p>*Les minutes hebdomadaires sont calculées en multipliant le nombre de jours où des activités physiques intenses/modérées sont pratiquées par le nombre de minutes d'activité intense/modérée par jour.</p> <p>**Les minutes hebdomadaires d'équivalent métabolique sont calculées en multipliant les minutes hebdomadaires d'activité physique intense par 8 et le nombre de minutes hebdomadaires d'activité physique modérée par 4, puis en faisant la somme de ces deux résultats.</p>
Dénominateur	Tous les répondants à l'enquête âgés de 18 ans ou plus.
Ventilation/dimension supplémentaire	<p>Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles</p> <p><i>Également : Prévalence du manque d'activité physique chez l'adolescent (correspondant à moins de 60 minutes d'activité physique modérée à intense chaque jour)</i></p>
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	(Nombre de répondants de 18 ans ou plus ne satisfaisant pas aux critères susmentionnés pour l'activité physique)/(nombre de répondants à l'enquête de 18 ans ou plus) x 100.
Fréquence de mesure	tous
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquête en population (de préférence représentative au niveau national)
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.</p> <p>Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington (DC), Department of Health and Human Services, 2008.</p>



Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime

Nom abrégé	Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime
Nom de l'indicateur	Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime
Domaine	Facteurs de risque
Sous-domaine	Traumatismes et violence
Termes associés	Traumatismes
Définition	Pourcentage des jeunes filles et des femmes de 15 à 49 ans actuellement en couple qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime actuel au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	Nombre de jeunes filles et de femmes ayant actuellement un partenaire intime, et qui déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre total des jeunes filles et des femmes de 15 à 49 ans interrogées qui ont actuellement ou ont eu un partenaire intime.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (15–19, 20–24 et 25–49 ans), statut par rapport au VIH
Méthode de mesure	Enquêtes auprès des ménages avec module spécial sur la violence.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013. Résumé d'orientation disponible en français à l'adresse : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/</p>

Indicateurs de la couverture par les services



Services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

- Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
- Taux de prévalence de la contraception
- Couverture par les soins anténatals
- Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
- Couverture par les soins postnatals
- Demande de soins pour des symptômes de pneumonie
- Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
- Couverture par la supplémentation en vitamine A

Vaccination

- Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national

VIH

- Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé
- Prévention de la transmission mère-enfant
- Couverture par les soins de l'infection à VIH
- Couverture par le traitement antirétroviral (TAR)
- Suppression de la charge virale du VIH

VIH/tuberculose

- Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
- Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
- Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux

Tuberculose

- Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme
- Taux de détection des cas de tuberculose
- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante

Paludisme

- Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes
- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Traitement des cas de paludisme confirmés
- Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent

Maladies tropicales négligées

- Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées

Dépistage et soins préventifs

- Dépistage du cancer du col de l'utérus

Santé mentale

- Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves



Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes

Nom abrégé	Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
Nom de l'indicateur	Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des femmes en âge de procréer (15–49 ans) sexuellement actives, dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes.
Numérateur	Nombre de femmes ayant des besoins en matière de planification familiale et qui utilisent des méthodes modernes.
Dénominateur	Nombre total des femmes ayant des besoins en matière de planification familiale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, situation matrimoniale, lieu de résidence, situation socio-économique
Méthode de mesure	<p>Les enquêtes auprès des ménages comportent une série de questions destinées à mesurer le taux de prévalence des contraceptifs modernes et les besoins en matière de planification familiale.</p> <p>La demande totale (besoins totaux) en matière de planification familiale est définie comme la somme du nombre de femmes en âge de procréer (15–49 ans) mariées ou en couple, qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise à l'heure actuelle, au moins une méthode contraceptive, et des besoins insatisfaits en matière de planification familiale. Les besoins insatisfaits en matière de planification familiale correspondent à la proportion des femmes en âge de procréer (15–49 ans) mariées ou en union libre, qui sont fécondes et sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception (ni moderne, ni traditionnelle), et déclarent de plus vouloir d'enfant ou vouloir différer la naissance de leur prochain enfant d'au moins deux ans. Parmi ces femmes, il y a notamment :</p> <ol style="list-style-type: none">1. toutes les femmes enceintes (mariées ou en union libre) dont les grossesses étaient non désirées ou non planifiées au moment de la conception ;2. toutes les femmes en période d'aménorrhée post-partum (mariées ou en union libre) qui n'utilisent pas la planification familiale et dont la dernière naissance était non désirée ou non planifiée ;3. toutes les femmes fécondes (mariées ou en union libre) qui ne sont ni enceintes ni en période d'aménorrhée post-partum, et qui soit ne veulent plus d'enfants (veulent limiter la taille de la famille), soit souhaitent différer la naissance d'un enfant d'au moins deux ans ou ne savent pas quand ou si elles veulent un autre enfant (veulent espacer les naissances), mais n'utilisent pas de méthode contraceptive.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Monitoring progress in family planning. FP2020 core indicators. Glastonbury (CT), Track20 (http://www.track20.org/pages/data/indicators, consulté le 21 mars 2014).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Taux de prévalence de la contraception
Nom de l'indicateur	Taux de prévalence de la contraception
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise à l'heure actuelle au moins une méthode contraceptive, quelle que soit la méthode utilisée.
Numérateur	Nombre de femmes qui utilisent ou dont le partenaire utilise une méthode contraceptive.
Dénominateur	Nombre de femmes mariées ou en couple.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, méthode (ponctuelle, à long terme, permanente), lieu de résidence, activité sexuelle (indépendamment de la situation matrimoniale - mariée ou en couple), situation socio-économique
Méthode de mesure	Prévalence de la contraception = (femmes en âge de procréer [15–49 ans] mariées ou en couple qui utilisent à l'heure actuelle une méthode quelconque de contraception)/(nombre total des femmes en âge de procréer [15–49 ans] mariées ou en couple) x 100. Les enquêtes auprès des ménages qui peuvent générer cet indicateur comprennent les DHS, les MICS, les enquêtes sur la fécondité et la famille (FFS, d'après l'anglais Fertility and Family Survey), les enquêtes sur la santé de la reproduction (RHS, d'après l'anglais Reproductive Health Survey), et d'autres enquêtes basées sur des méthodologies similaires.
Méthode d'estimation	La Division de la population des Nations Unies compile les données provenant des enquêtes représentatives au niveau national, notamment les DHS, MICS, FFS, les enquêtes sur la santé de la procréation médicalement assistée du CDC et les enquêtes nationales sur la planification familiale, ou la santé, ou les ménages, ou socio-économiques. En général, toutes les enquêtes représentatives au niveau national comportant des questions comparables sur l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives sont incluses. Rien n'est prévu pour fournir des estimations lorsque l'on ne dispose pas de données pour un pays. Les résultats sont publiés régulièrement dans le rapport sur la contraception dans le monde (World Contraceptive Use). Type prédominant des statistiques: ajustées.
Fréquence de mesure	Biennale
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé / évaluations et enquêtes menées dans les établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report , consulté le 29 mars 2014). Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf , consulté le 19 août 2014). Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx , consulté le 29 mars 2015). Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf , consulté le 29 mars 2015). Monitoring progress in family planning. FP2020 core indicators. Glastonbury (CT), Track20 (http://www.track20.org/pages/data/indicators , consulté le 21 mars 2014). Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm , consulté le 26 juin 2014). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fl/ , consulté le 29 mars 2015).



Couverture par les soins anténatals

Nom abrégé	Couverture par les soins anténatals
Nom de l'indicateur	Couverture par les soins anténatals - au moins quatre consultations (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur une période donnée, qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations anténatales pendant leur grossesse.
Numérateur	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur une période donnée, qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations anténatales pendant leur grossesse.
Dénominateur	Nombre total des femmes de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur la même période.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, situation socio-économique, type de prestataire <i>Également : au moins une consultation</i>
Méthode de mesure	<p>Le nombre de femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur une période donnée, qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations anténatales pendant leur grossesse, est exprimé en pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur la même période.</p> <p>(Nombre de femmes de 15-49 ans ayant consulté un prestataire de soins de santé au moins quatre fois pendant leur grossesse pour des motifs liés à la grossesse/nombre total des femmes de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant) x 100.</p> <p>Les indicateurs des soins anténatals (au moins une consultation et au moins quatre consultations) se basent sur des questions standard demandant si et combien de fois la santé de la femme a été contrôlée pendant sa grossesse. En effet, les principales enquêtes nationales auprès des ménages ne collectent pas les informations sur le type de prestataire pour chaque consultation. Les indicateurs des soins anténatals (au moins une consultation et au moins quatre consultations) se basent sur des questions standard demandant si, combien de fois et par qui la santé de la femme a été contrôlée pendant sa grossesse. Les enquêtes auprès des ménages qui peuvent générer cet indicateur comprennent les DHS, MICS, FFS, RHS, et d'autres enquêtes basées sur des méthodologies similaires. On peut utiliser les systèmes de notification des établissements/des services là où la couverture est élevée, c'est-à-dire généralement dans les pays industrialisés.</p>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle à partir des rapports de routine des établissements de santé ; tous les 3 à 5 ans à partir des enquêtes
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Naissances assistées par du personnel de santé qualifié

Nom abrégé	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
Nom de l'indicateur	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) formés pour dispenser les soins obstétricaux vitaux, notamment veiller à la surveillance des femmes et leur dispenser les soins et les conseils nécessaires pendant la grossesse, le travail et la période du post-partum, pour présider à des accouchements seuls, et fournir des soins aux nouveau-nés.
Dénominateur	Nombre des naissances vivantes sur la même période.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, parité, lieu de résidence, situation socio-économique, type de prestataire <i>Également : Couverture par les accouchements en institutions (femmes accouchant dans un établissement de santé) parmi toutes les naissances dans la population</i>
Méthode de mesure	La définition du personnel de santé qualifié pour les accouchements (ou accoucheur qualifié) varie selon les pays. Le pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié est calculé comme le nombre des naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) exprimé en pourcentage du nombre total des naissances pendant la même période. $\text{Naissances assistées par du personnel de santé qualifié} = (\text{nombre des naissances assistées par du personnel de santé qualifié}) / (\text{nombre total des naissances vivantes}) \times 100.$ Dans les enquêtes auprès des ménages, telles que les DHS, MICS et RHS, on interroge le répondant sur chaque naissance vivante et on cherche à savoir qui a fourni de l'aide pendant l'accouchement, sur une période allant jusqu'à cinq ans avant l'entretien. On peut utiliser les dossiers des établissements/des services dans le cas où une proportion élevée de naissances ont lieu au sein des établissements de santé et sont donc enregistrées.
Méthode d'estimation	Les données sur la surveillance dans le monde sont communiquées par l'UNICEF et l'OMS. Ces agences obtiennent les données, tirées aussi bien d'enquêtes que des registres, auprès de sources nationales. Avant que les données ne soient incluses dans les bases de données mondiales, l'UNICEF et l'OMS procèdent à une vérification des données qui inclut une correspondance avec les bureaux de terrain pour clarifier toute question. S'agissant des données d'enquêtes, certains rapports d'enquête peuvent présenter un pourcentage total de naissances assistées par un type de prestataire qui ne répond pas à la définition des OMD (par exemple, « total » inclut des prestataires qui ne sont pas considérés comme qualifiés, tels que les agents de santé communautaire). Dans ce cas, le pourcentage des naissances assistées par un médecin, une infirmière ou une sage-femme est totalisé et entré dans la base de données mondiale comme étant une estimation OMD. Type prédominant des statistiques : ajustées.
Fréquence de mesure	Biennale
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Biennale
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report , consulté le 29 mars 2014). Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf , consulté le 29 mars 2015). Every Newborn: an action plan to end preventable diseases (Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf , consulté le 29 mars 2015) (version provisoire en français consultable sous http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1). Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf , consulté le 19 août 2014). Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx , consulté le 29 mars 2015). Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf , consulté le 29 mars 2015).



Couverture par les soins postnatals

Nom abrégé	Couverture par les soins postnatals
Nom de l'indicateur	Couverture par les soins postnatals
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des mères et des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance (indépendamment du lieu de l'accouchement).
Numérateur	Pourcentage des mères et des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance (indépendamment du lieu de l'accouchement).
Dénominateur	Pourcentage des mères et des nouveau-nés ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance (indépendamment du lieu de l'accouchement).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, gestionnaire de l'établissement de santé, situation matrimoniale, lieu de résidence, parité, situation socio-économique
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle à partir des rapports de routine des établissements de santé ; tous les 3 à 5 ans à partir des enquêtes
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé / évaluations et enquêtes menées dans les établissements de santé
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Every Newborn: an action plan to end preventable diseases (Chaque nouveau-né : plan d'action pour mettre fin aux décès évitables). Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.everynewborn.org/Documents/Full-action-plan-EN.pdf, consulté le 29 mars 2015) (version provisoire en français consultable sous http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p>



Nom abrégé	Demande de soins pour des symptômes de pneumonie
Nom de l'indicateur	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans chez qui l'on suspecte une pneumonie qui ont été conduits dans un établissement de santé
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans chez qui l'on suspecte une pneumonie (toux et difficultés respiratoires NON dues à un problème de nez bouché ou au niveau de la poitrine) qui ont été conduits chez un prestataire compétent, dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête.
Numérateur	Nombre d'enfants chez qui l'on suspecte une pneumonie qui ont été conduits chez un prestataire compétent, dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête.
Dénominateur	Nombre d'enfants chez qui une pneumonie a été suspectée dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, prestataire de santé, sexe, situation socio-économique. <i>Également : « recevant des antibiotiques adaptés »</i>
Méthode de mesure	Lors de la réunion UNICEF/OMS consacrée aux indicateurs obtenus à partir d'enquêtes sur la survie de l'enfant, qui s'est tenue à New York (États-Unis d'Amérique) les 17 et 18 juin 2004, il a été recommandé que les infections respiratoires aiguës (IRA) présumées soient classées dans la catégorie « pneumonie présumée » pour mieux refléter la cause probable et les interventions recommandées. La définition de l'IRA utilisée dans les enquêtes DHS et MICS a été choisie par le groupe et se fonde sur les perceptions qu'a la mère d'un enfant qui a de la toux, qui respire plus vite que la normale avec des respirations petites et brèves ou qui a du mal à respirer, en excluant les enfants ayant seulement le nez bouché.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025. Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)

Nom abrégé	Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
Nom de l'indicateur	Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu une SRO (fluides préparés à partir de sachets de SRO ou boisson SRO préconditionnée).
Numérateur	Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu une SRO à partir de sachets de SRO ou d'une boisson SRO préconditionnée.
Dénominateur	Nombre d'enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique <i>Également : sous alimentation continue, thérapie SRO (sels de réhydratation orale)</i>
Méthode de mesure	Selon les enquêtes démographiques de santé (DHS), le(s) terme(s) utilisé(s) pour la diarrhée devrai(en)t englober les expressions employées pour toutes les formes de diarrhée, notamment les selles sanglantes (compatibles avec la dysenterie), les selles aqueuses, etc. Le terme englobe la définition de la mère ainsi que les termes locaux.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Selon l'DHS, le(s) terme(s) utilisé(s) pour la diarrhée devrai(en)t englober les expressions employées pour toutes les formes de diarrhée, notamment les selles sanglantes (compatibles avec la dysenterie), les selles aqueuses, etc. Le terme englobe la définition de la mère ainsi que les termes locaux.
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025. Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm , consulté le 26 juin 2014). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Couverture par la supplémentation en vitamine A
Nom de l'indicateur	Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A (% des doses)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Définition	Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A adaptées à leur âge au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	Nombre d'enfants ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A adaptées à leur âge au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre d'enfants ayant reçu deux doses de suppléments de vitamine A adaptées à leur âge au cours des 12 derniers mois.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Conforme à la directive de l'OMS de 2011 sur la supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle à partir des rapports de routine des établissements de santé ; tous les 3 à 5 ans à partir des enquêtes
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025. Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Directive : Supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44718/1/9789242501766_fre.pdf?ua=1, consulté le 24 avril 2015).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national

Nom abrégé	Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national
Nom de l'indicateur	Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Vaccination
Définition	Pourcentage de la population ciblée ayant reçu la dernière dose recommandée pour chaque vaccin recommandé dans le programme national, par vaccin. Cette définition devrait inclure tous les vaccins prévus dans le programme de vaccination systématique d'un pays (par exemple Bacille de Calmette–Guérin (BCG) ; poliomyélite ; vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) ; rotavirus ; vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche-hépatite B-Haemophilus influenzae type B (DTC-HepB- Hib) ; rougeole (MCV) ; rubéole ; papillomavirus humain (VPH) ; anatoxine tétanique (TT) ; grippe ; et autres tels que déterminés par le programme national).
Numérateur	Nombre d'individus dans le groupe ciblé pour chaque vaccin, qui a reçu la dernière dose recommandée dans la série. Pour les vaccins du programme de vaccination des nourrissons, ce chiffre serait le nombre d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu les vaccinations spécifiées avant leur première anniversaire.
Dénominateur	Nombre d'individus dans le groupe ciblé pour chaque vaccin, qui a reçu la dernière dose recommandée dans la série. Pour les vaccins du programme de vaccination des nourrissons, ce chiffre serait le nombre d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu les vaccinations spécifiées avant leur première anniversaire.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe, situation socio-économique Taux d'abandon entre le DTC1 et le DTC3, abandon entre le MCV1 et le MCV2, couverture vaccinale complète si possible
Méthode de mesure	Un exemple de programme national est le suivant : À la naissance : BCG, HepB, vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) À l'âge de 6, 10 et 14 semaines : DTC-HepB-Hib, VPC, vaccin antirotavirus, vaccin antipoliomyélitique oral (avec une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé) À l'âge de 9 mois : vaccin antirougeoleux À l'âge de 18 mois : vaccin antirougeoleux Pour les adolescents : VPH TT : multiple Pour les personnes de plus de 60 ans : vaccin antigrippal.
Méthode d'estimation	Pour les données d'enquêtes, on utilise le statut vaccinal des enfants de 12 à 23 mois pour les vaccins compris dans le programme de vaccination des nourrissons, récupéré sur les fiches de santé des enfants ou, en l'absence de fiche, obtenu en faisant appel aux souvenirs de la personne qui s'occupe de l'enfant.
Fréquence de mesure	Suivi annuel par l'intermédiaire des systèmes d'information des établissements de santé, complété par une estimation périodique à partir des enquêtes auprès des ménages
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages, systèmes d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf , consulté le 29 mars 2015).



Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé

Nom abrégé	Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé
Nom de l'indicateur	Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH
Définition	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé.
Numérateur	Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées.
Dénominateur	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (<1, 1–4, 5–9, 10–19, 20–24, 25–49, 50 ans et plus), sexe, populations clés, autres populations cibles
Méthode de mesure	<p>Le dénominateur est le nombre total estimé des personnes vivant avec le VIH d'après les modèles d'estimation de la prévalence du VIH, tels que Spectrum. Si l'on dispose d'un registre de rapports sur les cas de VIH régulièrement mis à jour, on peut calculer le numérateur en prenant le nombre de cas consignés dans le registre et en soustrayant tous les décès qui ont pu survenir. Les données des rapports sur les cas peuvent fournir des informations cumulées sur le nombre global de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées depuis le début de la tenue des registres.</p> <p>Les enquêtes auprès des ménages incluant un dépistage du VIH et des questions pour déterminer si les répondants connaissent leur séropositivité constituent un autre moyen de mesure.</p>
Méthode d'estimation	Si l'on ne dispose pas d'un grand nombre de rapports sur les décès pour recenser le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité et qui sont vivantes, on peut examiner d'autres données indirectes pour estimer la valeur de l'indicateur. Par exemple, on peut estimer le nombre de décès dus au VIH à partir d'autres sources (par exemple, les registres des décès par cause, la modélisation). On peut également utiliser les données des enquêtes sur le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité (depuis longtemps, ou depuis les 12 derniers mois) pour trianguler les estimations.
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Registre des cas
Autres sources de données possibles	Enquêtes et modèles pour les estimations
Autres informations et liens connexes	<p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p>



Prévention de la transmission mère-enfant

Nom abrégé	Prévention de la transmission mère-enfant
Nom de l'indicateur	Prévention de la transmission mère-enfant
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH
Définition	Pourcentage des femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes séropositives pour le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral conformément aux recommandations de l'OMS.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes séropositives pour le VIH.
Ventilation/dimension supplémentaire	Déjà sous TAR Ayant commencé un TAR Autres catégories de schéma thérapeutique propres au milieu
Méthode de mesure	Numérateur : données des programmes nationaux, agrégées à partir des instruments de suivi des programmes, tels que les registres de patients et les formulaires de notification récapitulatifs. Dénominateur : modèles d'estimation tels que Spectrum ou enquêtes de surveillance dans les dispensaires prénatals, en combinaison avec les données démographiques et les ajustements appropriés en fonction des enquêtes portant sur la couverture par les soins prénatals.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf, consulté le 10 juin 2015).</p> <p>Countdown to 2015. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44770/1/9789241502818_eng.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p>



Nom abrégé	Couverture par les soins de l'infection à VIH
Nom de l'indicateur	Couverture par les soins de l'infection à VIH
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH
Définition	Nombre et pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant actuellement un traitement contre le VIH, représenté par le fait d'avoir été pris en charge par au moins une des méthodes suivantes durant la période étudiée : évaluation clinique de l'infection à VIH selon les stades cliniques de l'OMS ou test de numération des CD4 ou test de charge virale ou mise sous TAR.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants séropositifs pour le VIH ayant reçu un traitement contre le VIH (représenté par le fait d'avoir été pris en charge par au moins une des méthodes suivantes durant la période étudiée : évaluation clinique de l'infection à VIH selon les stades cliniques de l'OMS ou test de numération des CD4 ou test de charge virale).
Dénominateur	Nombre d'adultes et d'enfants séropositifs pour le VIH ayant reçu un traitement contre le VIH (représenté par le fait d'avoir été pris en charge par au moins une des méthodes suivantes durant la période étudiée : évaluation clinique de l'infection à VIH selon les stades cliniques de l'OMS ou test de numération des CD4 ou test de charge virale).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (<5, 5–14, 15–19, 20–49, 50 ans et plus), populations clés ⁸ , stade du traitement (c'est-à-dire pré- ou post-TAR), situation par rapport à la grossesse, sexe
Méthode de mesure	Population générale : pour le numérateur, données des programmes nationaux, agrégées à partir des instruments de suivi des programmes, tels que les registres de patients et les formulaires de notification récapitulatifs ; pour le dénominateur, modèles d'estimation tels que Spectrum. Populations clés : enquêtes.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle, ou plus fréquemment selon la fréquence d'utilisation des données aux divers niveaux
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf , consulté le 10 juin 2015). Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT), Avenir Health. (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php , consulté le 29 mars 2015).

⁸ Dans beaucoup de milieux, les données relatives aux populations clés ne peuvent pas être collectées à partir des activités de surveillance systématique des programmes, et nécessitent des enquêtes.



Couverture par le traitement antirétroviral (TAR)

Nom abrégé	Couverture par le traitement antirétroviral (TAR)
Nom de l'indicateur	Couverture par le traitement antirétroviral (TAR) (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH
Définition	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement sous TAR parmi le nombre total estimé d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH
Numérateur	Nombre d'enfants et d'adultes qui sont sous TAR au terme de la période étudiée.
Dénominateur	Nombre estimé d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH.
Ventilation/dimension supplémentaire	<p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimum pour les dossiers papier (rapports réguliers) : <15, 15 ans et plus ; 2. Extraction des données ventilées à partir des données annuelles (si pas de rapports réguliers) : <5, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49, 50 ans et plus ; 3. Système électronique : tranches d'âge de 5 années <p>Populations clés⁹, type de prestataire de santé (public/privé), schéma thérapeutique (par exemple première intention, deuxième intention), sexe</p>
Méthode de mesure	<p>Numérateur : Le numérateur peut être déterminé en comptant le nombre d'enfants et d'adultes ayant suivi une thérapie d'association antirétrovirale au terme de la période étudiée. Les données peuvent être recueillies dans les registres de TAR des établissements de santé ou via les systèmes de gestion des approvisionnements en médicaments. Ces données sont ensuite collationnées et transférées dans les différents rapports transversaux mensuels ou trimestriels pour être ensuite agrégées dans les totaux nationaux. Les patients sous TAR du secteur privé et du secteur public devraient tous être inclus dans le numérateur, pour autant que des données les concernant soient disponibles.</p> <p>Dénominateur : Le dénominateur est établi en estimant le nombre de personnes à un stade avancé de l'infection à VIH nécessitant (ayant besoin de/ en droit de) recevoir un TAR. Cette estimation doit prendre en compte toutes sortes de facteurs, notamment, mais sans s'y limiter, le nombre actuel de personnes vivant avec le VIH, le nombre actuel de patients sous TAR et l'évolution naturelle du VIH depuis l'infection jusqu'à la mise sous TAR. Une méthode d'estimation de la prévalence du VIH par modélisation standard, telle que celle du modèle Spectrum, est recommandée.</p>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système de notification des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf, consulté le 10 juin 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT), Avenir Health. (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php, consulté le 29 mars 2015).</p>

⁹ Dans beaucoup de milieux, les données relatives aux populations clés ne peuvent pas être collectées à partir des activités de surveillance systématique des programmes, et nécessitent des enquêtes.



Nom abrégé	Suppression de la charge virale du VIH
Nom de l'indicateur	Suppression de la charge virale du VIH
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH
Définition	Pourcentage des personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (niveau de charge virale ≤ 1000 copies/ml).
Numérateur	Nombre d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH et sous TAR chez qui il y a une suppression de la charge virale (< 1000 copies/ml).
Dénominateur	Nombre total des adultes sous TAR au cours des 12 derniers mois.
Ventilation/dimension supplémentaire	<p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimum pour les dossiers papier (rapports réguliers) : < 15, 15 ans et plus ; 2. Extraction des données ventilées à partir des données annuelles (si pas de rapports réguliers) : < 5, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49, 50 ans et plus ; 3. Système électronique : tranches d'âge de 5 années <p>Sexe</p>
Méthode de mesure	Les données sur la charge virale sont enregistrées dans les dossiers des patients et communiquées par les établissements de santé. S'il existe des enquêtes représentatives recueillant les résultats de la charge virale parmi les personnes vivant avec le VIH et ceux sous TAR, on peut utiliser les valeurs de ces enquêtes. Les enquêtes représentatives au niveau national portant sur la résistance acquise aux médicaments fournissent également des informations sur la suppression virale. ¹⁰
Méthode d'estimation	Si la mesure de la charge virale n'a pas été réalisée sur un échantillon suffisamment représentatif de personnes vivant avec le VIH qui sont sous TAR, le niveau de suppression de la charge virale chez ceux sous TAR mais n'ayant pas subi de test de mesure de la charge virale au cours des 12 derniers mois devra être estimé. Les estimations peuvent être calculées sur la base des caractéristiques des personnes n'ayant pas subi de test de mesure de la charge virale, et sur la base de la suppression attendue de leur charge virale.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	Enquête transversale dans la population
Autres informations et liens connexes	<p>Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf, consulté le 10 juin 2015).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p>

¹⁰ Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral. Document analytique (résistance du VIH aux antirétroviraux acquise)(http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/).



Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH

Nom abrégé	Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
Nom de l'indicateur	Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH/Tuberculose
Définition	Nombre de patients ayant commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total des personnes nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre total des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH qui ont commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente pendant une période donnée.
Dénominateur	Nombre total des personnes nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH, c'est-à-dire enregistrées dans le registre de pré-TAR ou de TAR pendant la période considérée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Adultes (âge ≥15 ans) et enfants (âge : 0–4 et 5–14 ans), sexe
Méthode de mesure	<p>Un traitement préventif contre la tuberculose doit être instauré chez toutes les personnes remplissant les conditions pour en bénéficier, et la date de mise en route du traitement doit être enregistrée sur une fiche de soins VIH/TAR (rubrique « rencontres »). Ceux qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent ensuite être enregistrés dans les registres de pré-TAR et de TAR (colonne mois/année début INH).</p> <p>Numérateur : recenser le nombre total des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH pendant la période étudiée, qui ont commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente - autrement dit, qui ont reçu au moins une dose de médicaments antituberculeux (par exemple de l'isoniazide).</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total des personnes vivant avec le VIH nouvellement enregistrées dans le registre de pré-TAR plus celles enregistrées dans le registre de TAR au cours de la période étudiée.</p> <p>Pour une anticipation précise des besoins en médicaments pour la gestion des approvisionnements, des informations supplémentaires doivent être collectées. On peut utiliser un registre de la pharmacie pour enregistrer la participation des clients et la collecte des médicaments. En variante, l'établissement dispensant le TAR peut tenir à jour un registre de traitement de l'infection tuberculeuse latente en parallèle avec le registre de TAR. Un tel enregistrement peut aider à mieux appréhender le nombre des patients atteints d'une infection tuberculeuse latente nouvellement infectés ou déjà en cours de traitement, ainsi que le taux d'achèvement du traitement et la fréquence et le type d'événements indésirables.</p>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH (révision 2015). OMS, 2015 (WHO/HTM/TB/2015.02).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
Nom de l'indicateur	Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH/Tuberculose
Définition	Nombre de patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, pour lesquels le résultat du test du dépistage du VIH a été consigné dans le registre de la tuberculose, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux nouvellement infectés et en rechute enregistrés pendant la période étudiée, dont le résultat du test de dépistage du VIH a été consigné dans le registre de la tuberculose.
Dénominateur	Nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, enregistrés dans le registre de la tuberculose pendant la période considérée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Adultes (âge ≥ 15 ans) et enfants (âge : 0–4 et 5–14 ans), statut sérologique vis-à-vis du VIH (positif, négatif, inconnu), sexe
Méthode de mesure	<p>Les fiches de traitement de la tuberculose et les registres de la tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base devraient renseigner sur le statut sérologique des patients tuberculeux vis-à-vis du VIH. Les antécédents de traitement antituberculeux devraient également être inscrits systématiquement, ce qui permettrait d'identifier les patients tuberculeux nouvellement infectés et en rechute.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total des patients tuberculeux nouvellement infectés et en rechute enregistrés pendant une période donnée, dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH, positif ou négatif, a déjà été consigné, y compris ceux dont la séropositivité pour le VIH est déjà connue (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge). Les patients tuberculeux séronégatifs pour le VIH sont ceux dont le résultat à un test de dépistage du VIH était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, enregistrés pendant la période considérée.</p> <p>La ventilation du statut sérologique pour le VIH est renseignée à l'aide des résultats du test de dépistage du VIH. Il peut s'agir de patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH est déjà connue (dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge), de ceux nouvellement détectés séropositifs ou de ceux dont le résultat à un test de dépistage du VIH était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé. Le statut sérologique de tous les patients tuberculeux vis-à-vis du VIH devrait être enregistré dans les registres de la tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base aussi tôt que possible et de préférence au moment où le diagnostic de tuberculose est posé, en même temps que des informations sur les antécédents de traitement antituberculeux. Ces informations ne devraient être accessibles qu'aux personnels directement responsables des soins dispensés à la personne concernée. Il est de leur responsabilité première de maintenir la confidentialité des données.</p> <p>Numérateur : Nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, enregistrés pendant une période donnée, dont la séropositivité pour le VIH a déjà été consignée, y compris ceux dont la séropositivité est déjà connue (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge).</p> <p>Dénominateur : Nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, ajoutés au registre de la tuberculose pendant la période considérée, dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH, positif ou négatif, a déjà été consigné, y compris ceux dont la séropositivité est déjà connue (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge). Les patients tuberculeux séronégatifs pour le VIH comprennent ceux dont le résultat à un test de dépistage du VIH était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé.</p>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH (révision 2015). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.</p> <p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux

Nom abrégé	Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux
Nom de l'indicateur	Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral (TAR) pendant le traitement antituberculeux
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	VIH/Tuberculose
Définition	Nombre de patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH, placés sous TAR pendant leur traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH, ayant commencé leur traitement antituberculeux pendant la période considérée qui suivent déjà un TAR ou qui ont commencé un TAR pendant le traitement antituberculeux.
Dénominateur	Nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Adultes (âge ≥ 15 ans) et enfants (âge : 0–4 et 5–14 ans), sexe
Méthode de mesure	<p>Tous les patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH détectés pendant une période donnée devraient être recensés, ce qui permettrait de déterminer la proportion d'entre eux qui bénéficient d'un TAR pendant leur traitement antituberculeux.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un traitement antituberculeux (inscrits dans le registre de la tuberculose) et un TAR, ou qui étaient déjà sous TAR (inscrits dans le registre de TAR).</p> <p>Dénominateur : Dans les pays dotés de systèmes nationaux de données en ligne dans lesquels les dossiers médicaux individuels sont régulièrement actualisés par les établissements de santé, le nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, séropositifs pour le VIH détectés pendant une période donnée, est facile à calculer. Mais avec les dossiers papier, le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) et le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) doivent consulter à la fois le registre des cas de tuberculose et le registre des cas de VIH pour obtenir le nombre total des patients détectés. Pour ce faire, il peuvent recenser le nombre total des patients tuberculeux, nouvellement infectés et en rechute, ajoutés au registre de la tuberculose pendant la période considérée, dont la séropositivité pour le VIH était consignée, y compris les patients dont la séropositivité était déjà connue (par exemple grâce à des documents attestant de leur inscription à des services de prise en charge du VIH). Les cas pour lesquels aucun antécédent de traitement de la tuberculose n'a été consigné devraient être comptabilisés comme des cas nouveaux.</p> <p>Le PNLT et le PNLS devraient veiller à ce que le registre des cas de tuberculose soit tenu à jour et à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge pré-TAR ou TAR pour lesquelles le diagnostic de la tuberculose a été enregistré pendant la période considérée soient également enregistrés. Le rapprochement des informations contenues dans le registre des cas de tuberculose et dans le registre de TAR au niveau des établissements de santé devrait être effectué chaque mois ou chaque trimestre, en tenant compte de l'éventualité d'un retard dans l'actualisation des informations sur la tuberculose dans le registre de TAR et des informations sur le TAR dans le registre des cas de tuberculose. Il faudrait s'astreindre à combler les lacunes dans les données de manière à assurer la concordance entre ces deux registres. Dans le même temps, il faudrait veiller à éviter la double comptabilisation des patients dans ces registres.</p>
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH (révision 2015). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.</p> <p>Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p>



Nom abrégé	Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme
Nom de l'indicateur	Pourcentage des patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme disponibles pour la sensibilité à l'isoniazide et à la rifampicine
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Tuberculose
Définition	Pourcentage des cas de tuberculose avec résultats d'antibiogramme pour la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose avec résultats d'antibiogramme pour la résistance simultanée à l'isoniazide et à la rifampicine pendant une période donnée.
Dénominateur	Nombre de cas de tuberculose identifiés pendant la période considérée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Facteurs de risque spécifiés dans la politique nationale, antécédents de traitement (cas nouvellement ou antérieurement traités)
Méthode de mesure	Numérateur : Registre de laboratoire. Dénominateur : Registre de la tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base, et fiche de traitement. Pour certaines catégories de risques (par exemple, contacts avec tuberculose multirésistante), il faudra peut-être retracer les informations à partir d'un autre endroit dans les dossiers médicaux.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/ , consulté le 29 mars 2015). Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/ , consulté le 29 mars 2015). Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ , consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).



Taux de détection des cas de tuberculose

Nom abrégé	Taux de détection des cas de tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux de détection des cas de tuberculose, toutes formes confondues
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Tuberculose
Définition	<p>Pourcentage des cas de tuberculose nouveaux et en rechute estimés qui sont détectés pendant une année donnée conformément à la stratégie internationale de lutte contre la tuberculose. Le terme « détection des cas », tel qu'on l'utilise ici, signifie que la tuberculose est diagnostiquée chez un patient et fait l'objet d'une déclaration dans le système de surveillance national, et ensuite à l'OMS.</p> <p>Le terme « taux » est utilisé pour des raisons historiques. L'indicateur est en fait un ratio (exprimé en pourcentage) et non un taux.</p>
Numérateur	Nombre notifié de cas de tuberculose nouveaux et en rechute sur une année donnée.
Dénominateur	Nombre de cas incidents estimés au cours de la même année.
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	Données de notification communiquées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ou par les systèmes nationaux de surveillance (indicateur du taux de notification de la tuberculose). Concernant les méthodes utilisées pour l'incidence de la tuberculose, voir les méthodes décrites pour cet indicateur.
Méthode d'estimation	Nombre de cas de tuberculose nouveaux ou de rechutes diagnostiqués et traités dans les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et notifiés à l'OMS, divisé par l'estimation selon l'OMS du nombre de cas de tuberculose incidents pour la même année, exprimé en pourcentage. Des plages d'incertitude sont fournies en complément des meilleures estimations. Pour en savoir plus, voir le chapitre 4 du rapport 2014 de l'OMS (en anglais) sur la lutte contre la tuberculose dans le monde (<i>Global tuberculosis report 2014</i>) et l'annexe technique en ligne.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Système d'information des établissements de santé, systèmes de surveillance
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé / évaluations et enquêtes menées dans les établissements
Autres informations et liens connexes	<p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante
Nom de l'indicateur	Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Tuberculose
Définition	Pourcentage des patients tuberculeux dont le cas a été notifié chez lesquels on a suspecté puis détecté une tuberculose multirésistante et qui suivent un traitement de deuxième intention contre la tuberculose pendant une période spécifiée.
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose résistants à la rifampicine (présumés ou confirmés) enregistrés et qui ont commencé à suivre un schéma thérapeutique qui leur a été prescrit contre la tuberculose multirésistante, au cours d'une période donnée.
Dénominateur	Nombre estimé de patients tuberculeux atteints de tuberculose multirésistante dont le cas a été notifié
Ventilation/dimension supplémentaire	Antécédents de traitement (cas nouvellement ou antérieurement traités).
Méthode de mesure	À partir du registre de traitement de la tuberculose de deuxième intention, on recense le nombre de cas qui ont commencé un traitement. On estime le nombre de cas de patients tuberculeux atteints de tuberculose multirésistante dont le cas a été notifié, en associant le nombre de notifications et les preuves relatives à la proportion de cas atteints de tuberculose multirésistante provenant des enquêtes de pharmacorésistance ou des systèmes de surveillance continue assurant une large couverture par le test diagnostique de la pharmacorésistance.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Systèmes de surveillance continue avec enquêtes de pharmacorésistance
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/fi/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p>



Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes

Nom abrégé	Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes
Nom de l'indicateur	Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Paludisme
Définition	Pourcentage des femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pendant les consultations prénatales durant leur dernière grossesse.
Numérateur	Nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses du traitement recommandé.
Dénominateur	Nombre total des femmes enceintes/interrogées ayant donné naissance à un nouveau-né vivant au cours des 2 années précédentes.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, situation socio-économique
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages, systèmes d'information des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
Nom de l'indicateur	Pourcentage de la population dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Paludisme
Définition	Pourcentage de la population dans les régions d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente.
Nomérateur	Nombre de personnes dans les régions d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.
Dénominateur	Nombre total des personnes vivant dans des régions d'endémie palustre.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (enfants de moins de 5 ans), lieu de résidence, femmes enceintes, situation socio-économique
Méthode de mesure	Les données sont principalement tirées des enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national telles que les enquêtes démographiques et de santé (DHS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'autres enquêtes en population représentatives.
Méthode d'estimation	Les résultats des enquêtes auprès des ménages peuvent être complétés par des informations sur les livraisons de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les fabricants et leur distribution par les programmes de lutte contre le paludisme, afin de modéliser des estimations annuelles de cet indicateur.
Fréquence de mesure	Enquêtes : tous les 3 à 5 ans ; estimations modélisées : tous les ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/fr/, consulté le 21 mai 2015)</p> <p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/UNICEF/WHO, 2013 (http://www.rollbackmalaria.org/files/files/toolbox/docs/rbmttoolbox/tool_HouseholdSurveyIndicatorsForMalariaControl.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>World Malaria Report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/en/, consulté le 21 mai 2015 : résumé du rapport disponible en français à l'adresse http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/fr/).</p>



Traitement des cas de paludisme confirmés

Nom abrégé	Traitement des cas de paludisme confirmés
Nom de l'indicateur	Traitement des cas de paludisme confirmés (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Paludisme
Définition	Pourcentages de cas de paludisme confirmés qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention
Numérateur	Nombre de cas de paludisme confirmés qui reçoivent un traitement antipaludique de première intention
Dénominateur	Nombre de cas de paludisme confirmés
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (enfants de moins de 5 ans), lieu de résidence, situation socio-économique
Méthode de mesure	On peut obtenir les données à partir des rapports de routine des établissements de santé, des enquêtes menées dans les établissements de santé, et des enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national.
Méthode d'estimation	Les résultats des enquêtes, les informations données par les fabricants sur le nombre de cures de traitement vendues et par les programmes de lutte contre le paludisme sur le nombre de cures de traitement distribuées, peuvent être combinés pour modéliser les estimations annuelles de cet indicateur.
Fréquence de mesure	Rapports de routine des établissements de santé et estimations modélisées : tous les ans ; enquêtes : tous les 3 à 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/fr/, consulté le 21 mai 2015)</p> <p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/UNICEF/WHO, 2013 (http://www.rollbackmalaria.org/files/files/toolbox/docs/rbmttoolbox/tool_HouseholdSurveyIndicatorsForMalariaControl.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>World Malaria Report 2014. Genève, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/en/, consulté le 21 mai 2015 : résumé du rapport disponible en français à l'adresse http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/fr/).</p>



Nom abrégé	Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
Nom de l'indicateur	Couverture par la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (%)
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Paludisme
Définition	Pourcentage de la population à risque protégée par des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de personnes protégées par des pulvérisations intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent.
Dénominateur	Population à risque.
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	Districts souvent ciblés
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	Système de compte-rendu administratif
Autres informations et liens connexes	<p>Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Household Survey Indicators for Malaria Control. Measure Evaluation/Measure DHS/President's Malaria Initiative/Roll Back Malaria Partnership/ UNICEF/WHO, 2013 (http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf, consulté le 15 avril 2015).</p> <p>Roll Back Malaria Partnership/OMS. Surveillance épidémiologique aux fins de la lutte antipaludique: manuel opérationnel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées

Nom abrégé	Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées
Nom de l'indicateur	Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Maladies tropicales négligées
Définition	Pourcentage de la population vivant dans des régions d'endémie nécessitant une chimiothérapie préventive et ayant reçu ce traitement pour au moins une des maladies tropicales négligées sélectionnées (schistosomiase, géohelminthiases, filariose lymphatique, onchocercose).
Numérateur	Nombre de personnes nécessitant et recevant une chimiothérapie préventive pour au moins une des maladies tropicales négligées sélectionnées (schistosomiase, géohelminthiases, filariose lymphatique, onchocercose).
Dénominateur	Nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive pour au moins une des maladies tropicales négligées sélectionnées (schistosomiase, géohelminthiases, filariose lymphatique, onchocercose).
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge (enfants d'âge préscolaire [1–4 ans], enfants d'âge scolaire [5–14 ans], et adultes [>15 ans]). La ventilation par sexe et par district est facultative ou dépend des maladies qui sont coendémiques.
Méthode de mesure	Systèmes de notification des pays
Méthode d'estimation	Le nombre de personnes nécessitant/recevant une chimiothérapie préventive par l'intermédiaire d'un programme de lutte ou d'élimination spécifique de chaque maladie est communiqué à l'OMS par les administrateurs de programmes nationaux des ministères de la santé. Le nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive pour chaque maladie a été comparé parmi les différentes tranches d'âge dans chaque pays, et l'effectif le plus élevé dans chaque tranche d'âge pour n'importe laquelle des maladies a été sélectionné en tant qu'estimation conservatrice du nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive pour au moins une maladie dans cette tranche d'âge particulière. Enfin, les effectifs de population les plus élevés nécessitant une chimiothérapie préventive dans chaque tranche d'âge ont été additionnés, et ce total a été considéré comme une estimation conservatrice du nombre d'individus nécessitant une chimiothérapie préventive pour au moins une maladie. On a utilisé ce même principe pour estimer le nombre de personnes ayant reçu une chimiothérapie préventive intégrée. En cas de disponibilité de données sur la couverture thérapeutique à l'échelle infranationale, on a effectué l'analyse au niveau infranational.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Systèmes de compte-rendu administratif, en particulier le « dossier de demande commune » concernant les dons de médicaments.
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées. 2008–2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69708/1/WHO_CDS_NTD_2007.3_eng.pdf , consulté le 29 mars 2015). Chimio-prévention intégrée contre les maladies tropicales négligées: estimation du nombre d'interventions nécessaires et dispensées, 2009–2010. Relevé épidémiologique hebdomadaire 2012, 87, 17–28 (http://www.who.int/wer/2012/wer8702.pdf , consulté le 28 avril 2015). Maladies tropicales négligées : Planification, demande de médicaments et rapports (page Web de l'OMS) Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/fr/ , consulté le 28 avril 2015). Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/ff/indicators/index.htm , consulté le 26 juin 2014). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/fi/ , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Dépistage du cancer du col de l'utérus
Nom de l'indicateur	Dépistage du cancer du col de l'utérus
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Dépistage et soins préventifs
Définition	Pourcentage des femmes de 30 à 49 ans qui déclarent avoir été soumises à un dépistage du cancer du col de l'utérus par l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique/vinaigre (IVA), frottis (test de Pap), test VPH (virus du papillome humain).
Numérateur	Nombre de femmes de 30 à 49 ans qui déclarent avoir déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'une des méthodes suivantes : IVA, frottis (test de Pap), test VPH.
Dénominateur	Toutes les personnes interrogées de sexe féminin, âgées de 30 à 49 ans.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe, autres couches socio-démographiques concernées si disponibles
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	$(\text{Nombre de personnes interrogées de sexe féminin âgées de 30 à 49 ans qui déclarent avoir déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus}) / (\text{nombre de personnes interrogées de sexe féminin âgées de 30 à 49 ans}) \times 100.$
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes en population (de préférence représentatives au niveau national)
Autres sources de données possibles	Données des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	<p>Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; IARC CancerBase No. 11 (http://globocan.iarc.fr, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.</p>



Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves

Nom abrégé	Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves
Nom de l'indicateur	Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves
Domaine	Couverture par les services
Sous-domaine	Maladies non transmissibles et nutrition
Termes associés	Santé mentale
Définition	Pourcentage des personnes souffrant d'un trouble mental grave (psychose, trouble affectif bipolaire, dépression modérée à grave) utilisant les services.
Numérateur	Nombre de personnes bénéficiant des services.
Dénominateur	Nombre total des personnes ayant besoin des services.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, sexe
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Résultats
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Systèmes d'information des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/ , consulté le 29 mars 2015).

Indicateurs des systèmes de santé



Qualité et sécurité des soins

- Taux de mortalité périopératoire
- Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
- Ratio de mortalité maternelle hospitalière
- Revue des décès maternels
- Taux de rétention sous TAR
- Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose
- Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques

Accès

- Utilisation des services
- Accès aux services de santé
- Densité des lits d'hôpitaux
- Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

Personnel de santé

- Densité et distribution du personnel de santé
- Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

Informations sanitaires

- Couverture par l'enregistrement des naissances
- Couverture par l'enregistrement des décès
- Complétude des rapports des établissements de santé

Financement de la santé

- Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
- Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
- Ratio des dépenses en santé catastrophiques
- Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes

Sécurité sanitaire

- Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)



Taux de mortalité périopératoire

Nom abrégé	Taux de mortalité périopératoire
Nom de l'indicateur	Taux de mortalité périopératoire
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Taux de décès (toutes causes confondues) avant sortie d'hôpital chez les patients ayant subi une ou plusieurs interventions en salle d'opération durant leur hospitalisation.
Numérateur	Nombre de décès chez les patients ayant subi une ou plusieurs interventions en salle d'opération durant leur hospitalisation.
Dénominateur	Nombre total des interventions chirurgicales.
Ventilation/dimension supplémentaire	Par région/établissement de santé, âge, opération d'urgence ou à froid Également : volume d'interventions chirurgicales pour 100 000 habitants.
Méthode de mesure	Nécessite un registre des opérations (interventions chirurgicales majeures seulement) dans les hôpitaux, et un registre de la survie après l'opération avant leur sortie d'hôpital. Cet indicateur génère également des informations sur le volume des interventions chirurgicales (pratiquées en salle d'opération pour 100 000 habitants par an). Il s'agit d'un indicateur approximatif de l'accès aux services.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Registres des hôpitaux reliés au système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Organisation de Coopération et de Développement Économiques. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Paris, Éditions OCDE, 2013 (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr , consulté le 29 mars 2014).



Nom abrégé	Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
Nom de l'indicateur	Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	<p>Pourcentage d'admissions pour complications liées à une interruption de grossesse (spontanée ou provoquée) dans des centres de prestation de services proposant des services d'hospitalisation en obstétrique et gynécologie, parmi toutes les admissions (à l'exclusion de celles prévues pour une interruption programmée de la grossesse).</p> <p>Une interruption de grossesse (appelée aussi avortement) est l'arrêt d'une grossesse avant que le fœtus n'ait atteint le seuil de viabilité, c'est-à-dire devienne capable d'une vie extra-utérine indépendante. L'interruption de grossesse provoquée (appelée aussi avortement provoqué, ou encore interruption volontaire de grossesse), est l'arrêt délibéré d'une grossesse avant que le fœtus n'ait atteint le seuil de viabilité, c'est-à-dire devienne capable d'une vie extra-utérine indépendante. L'interruption de grossesse spontanée (appelée aussi avortement spontané) est l'arrêt spontané d'une grossesse avant que le fœtus n'ait atteint le seuil de viabilité, c'est-à-dire devienne capable d'une vie extra-utérine indépendante ; elle est aussi souvent désignée par le terme de fausse-couche.</p>
Numérateur	Admissions pour complications liées à une interruption de grossesse.
Dénominateur	admissions
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Aucune fréquence particulière n'est recommandée
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Registres des hôpitaux reliés au système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Reproductive health indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/ , consulté le 29 mars 2015).



Ratio de mortalité maternelle hospitalière

Nom abrégé	Ratio de mortalité maternelle hospitalière
Nom de l'indicateur	Ratio de mortalité maternelle hospitalière (pour 100 000 accouchements)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Nombre de décès maternels pour 100 000 accouchements pratiqués en centre/établissement de santé.
Numérateur	Nombre de décès maternels en centre/établissement de santé.
Dénominateur	Nombre total d'accouchements en centre/établissement de santé.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, cause de décès, zone géographique, parité
Méthode de mesure	Registres des salles de travail, registres des admissions aux urgences, registres des services spécialisés. Contrôles de qualité réguliers portant sur l'exhaustivité d'enregistrement, l'évaluation et les erreurs de classification.
Méthode d'estimation	Nombre de décès maternels pour 100 000 accouchements pratiqués en centre/établissement de santé.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé, systèmes de surveillance des décès maternels et de riposte
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Next generation indicators reference guide: planning and reporting. Version 1.2. Washington (DC), The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2014–2017. Rapport du Directeur exécutif. New York (NY), Fonds des Nations Unies pour la population, 2013. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva and New York (NY), World Health Organization/United Nations Children's Fund, 2010 (http://www.countdown2015mch.org/reports-and-articles/previous-reports/2010-decade-report, consulté le 29 mars 2014).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/f/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p>



Nom abrégé	Revue des décès maternels
Nom de l'indicateur	Couverture par la revue des décès maternels (%)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Pourcentage de décès maternels survenus dans l'établissement qui ont été passés en revue dans le cadre d'un audit.
Numérateur	Nombre de décès maternels en établissement de santé qui ont été passés en revue.
Dénominateur	Tous les décès maternels survenus dans des établissements de santé.
Ventilation/dimension supplémentaire	Décès communautaires, établissements de santé, principales régions administratives
Méthode de mesure	Nécessite une définition claire de ce que l'on entend par « revue ». Ce terme peut englober ou non les mesures prises, si celles-ci peuvent être évaluées objectivement.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle (ou plus fréquemment)
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Surveillance spécifique avec système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Consultation on Improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. Geneva, World Health Organization/ Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2013.</p> <p>WHO. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44673/1/9789242564327_fre.pdf, consulté le 29 mars 2015).</p>



Taux de rétention sous TAR

Nom abrégé	Taux de rétention sous TAR
Nom de l'indicateur	Taux de rétention sous TAR
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Pourcentage des adultes et des enfants séropositifs pour le VIH qui sont toujours en vie et toujours sous traitement antirétroviral 12, 24, 36 (etc.) mois après la mise en route du traitement, chez les patients ayant commencé un traitement antirétroviral pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de personnes sous TAR 12, 24 et 60 mois après le début du traitement.
Dénominateur	Nombre total des personnes qui ont commencé un traitement et devraient avoir atteint les 12, 24, 36 (etc.) mois de traitement pour la période étudiée.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge 1. Minimum pour les supports papier (rapports réguliers) : <15, 15 ans et plus ; 2. Extraction des données ventilées à partir des données annuelles (si pas de rapports réguliers) : <5, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49, 50 ans et plus ; 3. Système électronique : tranches d'âge de 5 années Allaitement au sein, grossesse, sexe
Méthode de mesure	On peut recourir à une analyse par cohortes pour estimer la rétention sous TAR à des moments spécifiques après la mise en route du traitement.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle (ou plus fréquemment)
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Registre de TAR
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192750/1/9789242508758_fre.pdf , consulté le 10 juin 2015). Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.aspx , consulté le 29 mars 2015). PEPFAR. Next Generation Indicators Reference Guide – Planning and Reporting. Version 1.2. The President's Emergency Plan for AIDS Relief, Feb. 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/81097.pdf). ONUSIDA. Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, ONUSIDA, 2014. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf).



Nom abrégé	Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose
Nom de l'indicateur	Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Maladie infectieuse
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Pourcentage des cas de tuberculose traités avec succès (guérison plus achèvement du traitement) par rapport au nombre de cas de tuberculose notifiés aux autorités sanitaires nationales pendant une période donnée.
Numérateur	Nombre de cas de tuberculose enregistrés pendant une période donnée qui ont été traités avec succès.
Dénominateur	Nombre total des cas de tuberculose enregistrés pendant la même période.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, confirmation bactériologique, statut de résistance aux médicaments (sensibles aux médicaments et traités par médicaments de première intention, résistants aux médicaments et traités par schéma de deuxième intention), statut sérologique vis-à-vis du VIH, antécédents de traitement (cas nouveaux et rechutes, déjà traités (hors rechutes), sexe
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Registre de la tuberculose en lien avec le système de notification trimestrielle (ou registres de la tuberculose électroniques)
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Définitions et cadre de notification pour la tuberculose – Révision 2013 (WHO/HTM/TB/2013.2). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Global tuberculosis report 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 29 mars 2015 ; résumé d'orientation de ce Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde disponible en français à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).</p> <p>Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/, consulté le 29 mars 2015).</p>



Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques

Nom abrégé	Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques
Nom de l'indicateur	Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Qualité et sécurité des soins
Définition	Nombre d'établissements de santé proposant des services spécifiques pour 10 000 habitants et satisfaisant à des normes de services minimum mesurées à partir de traceurs pour des services spécifiques, etc.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé qui proposent des services spécifiques et qui satisfont à des normes de services minimum pour des services spécifiques : <ul style="list-style-type: none">Planification familialeSoins prénatauxSoins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), soins après avortementSoins essentiels aux nouveau-nésVaccinationSoins préventifs et curatifs pour la santé de l'enfantServices de santé destinés aux adolescentsProduits d'importance vitale pour les femmes et les enfantsDiagnostic ou traitement du paludismeServices de soins liés à la tuberculoseConseil et dépistage du VIHServices de soins et d'appui en matière de VIH/sidaPrescription d'antirétroviraux et prise en charge des clientsPrévention de la transmission mère-enfant du VIHDiagnostic ou traitement des infections sexuellement transmissiblesDiagnostic ou prise en charge des MNT : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, dépistage du cancer du col de l'utérusSoins chirurgicaux de base et complets, notamment accouchement par césariennes, laparotomie et traitement des fractures ouvertesTransfusion sanguineCapacité des laboratoires.
Dénominateur	Nombre total des établissements de santé et nombre total des établissements proposant des services spécifiques.
Ventilation/dimension supplémentaire	Type d'établissement, instance gestionnaire <i>Également : disponibilité et capacité opérationnelle générales des services</i>
Méthode de mesure	Enquête auprès des établissements de santé.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle ou biannuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des établissements de santé.
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p> <p>Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>PEPFAR. Next Generation Indicators Reference Guide – Planning and Reporting. Version 1.2. The President's Emergency Plan for AIDS Relief, Feb. 2013 (http://www.pepfar.gov/documents/organization/81097.pdf).</p>



Nom abrégé	Utilisation des services
Nom de l'indicateur	Utilisation des services
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Accès
Définition	Nombre de consultations externes par personne et par an.
Numérateur	Nombre total des consultations externes par an.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Âge, lieu de résidence, sexe <i>Également : admissions en services de soins hospitaliers (hospitalisations) pour 100 habitants par an</i>
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	Exige un enregistrement et une déclaration complets et fiables du nombre de consultations externes par les établissements publics et privés. On peut également faire appel aux souvenirs (rappel des faits) dans les enquêtes en population.
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé, enquêtes sanitaires en population
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Accès aux services de santé
Nom de l'indicateur	Accès aux services de santé
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Accès
Définition	Pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé (nombre total des établissements de santé pour 10 000 habitants).
Numérateur	Nombre d'établissements des secteurs public et privé.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Accès à la chirurgie d'urgence (% de la population pouvant avoir accès, en moins de 2 heures, à un établissement capable de réaliser en urgence un accouchement par césarienne, une laparotomie ou une immobilisation de fracture ouverte), densité de services spécifiques, autorité gestionnaire de l'établissement, géographie (district, province, national), type
Méthode de mesure	Disponibilité (évaluation menée par les établissements de santé, recensement, liste de référence des établissements). L'accessibilité géographique est l'indicateur préféré, qui est souvent mesuré par la distance ou le temps de trajet jusqu'à un établissement de santé fixe. Un indicateur plus objectif et plus facile fait appel aux bases de données des établissements pour évaluer la densité et la distribution.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Bases de données des établissements de santé, modélisation géospatiale
Autres sources de données possibles	Enquêtes
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Densité des lits d'hôpitaux
Nom de l'indicateur	Densité des lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Accès
Définition	Nombre total des lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants.
Numérateur	Nombre de lits d'hôpitaux, à l'exclusion des lits en maternité pour le travail et l'accouchement.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Distribution (par province/district), autorité gestionnaire (publique/privée), type de lit
Méthode de mesure	Une base de données nationale est habituellement tenue à jour. Des mises à jour régulières grâce à des enquêtes ou des recensements d'établissements de santé sont nécessaires.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle ou biannuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé/base de données nationale
Autres sources de données possibles	Recensements des établissements de santé.
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

Nom abrégé	Disponibilité des médicaments et des produits essentiels
Nom de l'indicateur	Disponibilité des médicaments et des produits essentiels
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Accès
Définition	Pourcentage des établissements de santé disposant des médicaments essentiels et des produits d'importance vitale
Numérateur	Nombre d'établissements de santé disposant des médicaments essentiels dans leurs stocks.
Dénominateur	Nombre total des établissements de santé.
Ventilation/dimension supplémentaire	Type d'établissement, autorité gestionnaire de l'établissement (publique/privée), type spécifique de médicament/produit (par exemple, médicaments prioritaires destinés aux femmes et aux enfants, vaccins, antirétroviraux, planification familiale, médicaments essentiels pour les MNT) Liste principale de l'OMS des médicaments essentiels : bronchodilatateur pour inhalation, stéroïde pour inhalation, glibendamide, metformine, insuline, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE), inhibiteur calcique, statine, aspirine, diurétique thiazidique, bêta-bloquant, oméprazole en comprimé, diazépam injectable, fluoxétine en comprimé, halopéridol en comprimé, carbamazépine en comprimé, amoxicilline en comprimé/gélule, amoxicilline en suspension, ampicilline injectable, ceftriaxone injectable, gentamicine injectable, sels de réhydratation orale, sulfate de zinc. Médicaments essentiels pour les MNT : au moins de l'aspirine, une statine, un inhibiteur d'ACE, diurétique thiazidique, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, metformine, insuline, un bronchodilatateur et un stéroïde inhalé. Médicaments prioritaires destinés aux femmes et aux enfants : amoxicilline en comprimé/gélule, amoxicilline en suspension, ampicilline injectable, ceftriaxone injectable, gentamicine injectable, sels de réhydratation orale, sulfate de zinc, ocytocine injectable, sulfate de magnésium injectable. Proposition de liste principale de médicaments pour les enquêtes sur les prix/accessibilité économique : Salbutamol en inhalateur, 100 µg par dose (200 doses) ; béclométhasone en inhalateur, 100 µg/dose (200 doses) ; glibendamide, comprimé 5 mg ; metformine, comprimé 500 mg ; insuline ordinaire, 100 UI/ml, flacon 10 ml ; énalapril, comprimé 5 mg ; amlodipine, comprimé 5 mg ; simvastatine, comprimé 20 mg ; aspirine, comprimé 100 mg ; hydrochlorothiazide, comprimé 25 mg ; carvedilol, comprimé 12,5 mg ; oméprazole, comprimé 20 mg ; diazépam injectable, 10 mg/2 ml ; fluoxétine, comprimé 20 mg ; halopéridol, comprimé 5 mg ; carbamazépine, comprimé 200 mg ; amoxicilline, gélule/comprimé 500 mg ; amoxicilline en suspension, 250 mg/5 ml ; ampicilline injectable, 500 mg ; ceftriaxone, flacon 1 gramme ; gentamicine injectable, 80 mg/2 ml ; sels de réhydratation orale (sachet pour 1 litre) ; sulfate de zinc, comprimé 20 mg ; ocytocine injectable (5 ou 10 UI) ; sulfate de magnésium injectable, 50%, ampoule 10 ml.
Méthode de mesure	Les données en rapport avec les ruptures de stocks peuvent par ailleurs concerner une durée spécifique (1 mois, 3 mois). Les données sur la disponibilité des médicaments figurant dans une liste particulière sont recueillies à partir d'une enquête auprès d'un échantillon d'établissements. La disponibilité est rapportée comme le pourcentage des points de distribution de médicaments où un médicament particulier a été trouvé le jour de l'enquête. Les rapports des établissements de santé peuvent également inclure des indicateurs de rupture du stock, mais cela exige une vérification indépendante régulière.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle ou biannuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Enquêtes spéciales auprès des établissements de santé
Autres sources de données possibles	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres informations et liens connexes	Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ensemble d'indicateurs compris. Point de l'ordre du jour A66/8, Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, 20–28 mai 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY), United Nations, 2012 (http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx , consulté le 29 mars 2015). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf , consulté le 19 août 2014).



Nom abrégé	Densité et distribution du personnel de santé
Nom de l'indicateur	Densité et distribution du personnel de santé (pour 1000 habitants)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Personnel de santé
Définition	Nombre de professionnels de la santé pour 1000 habitants.
Numérateur	Nombre de professionnels de la santé par cadre d'activité.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Par cadre d'activité, notamment les praticiens médicaux généralistes, les praticiens médicaux spécialistes (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, spécialistes de la médecine d'urgence, cardiologues, pédiatres, psychiatres, ophtalmologistes, gynécologues, et.), professionnels des soins infirmiers et obstétricaux (dont sages-femmes), professionnels de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire, entre autres. Distribution : lieu d'emploi (urbain/rural), infranational (district)
Méthode de mesure	Base de données nationale ou registre des professionnels de la santé, de préférence au niveau individuel.
Méthode d'estimation	S'il existe une base de données nationale ou un registre national, une évaluation régulière de l'exhaustivité d'enregistrement doit être mise en place, fondée sur les données des recensements, les registres des associations professionnelles, les recensements des établissements de santé, etc. Concentration du personnel de santé : pourcentage de tous les professionnels de la santé travaillant dans des zones urbaines divisé par le pourcentage de la population totale dans les zones urbaines.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Registre des professionnels de la santé
Autres sources de données possibles	Base de données nationale sur les professionnels de la santé (données agrégées)
Autres informations et liens connexes	Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf , consulté le 19 août 2014). Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44182/1/9789242547702_fre.pdf . Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112816/1/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

Nom abrégé	Diplômés des établissements préparant aux professions de santé
Nom de l'indicateur	Diplômés des établissements préparant aux professions de santé
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Personnel de santé
Définition	Nombre de diplômés d'établissements préparant aux professions de santé (facultés de médecine et de pharmacie, écoles de soins dentaires, écoles de soins infirmiers, écoles de sages-femmes, notamment) au cours de la dernière année universitaire, pour 1000 habitants.
Numérateur	Nombre de diplômés d'établissements préparant aux professions de santé au cours de la dernière année universitaire.
Dénominateur	Population totale.
Ventilation/dimension supplémentaire	Niveau d'études et discipline. <i>Également : âge lors de l'obtention du diplôme, code postal du domicile à la date d'entrée dans l'établissement, sexe</i>
Méthode de mesure	Base de données renseignant sur les établissements de formation.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015). Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm , consulté le 26 juin 2014). OMS. Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé comprenant des applications spécialement adaptées aux pays à revenu faible ou intermédiaire.



Nom abrégé	Couverture par l'enregistrement des naissances
Nom de l'indicateur	Couverture par l'enregistrement des naissances
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Informations sanitaires
Définition	Pourcentage des naissances qui sont enregistrées (sous un mois à compter du jour de la naissance) dans un système d'enregistrement des faits d'état civil.
Numérateur	Nombre de naissances enregistrées.
Dénominateur	Nombre total des naissances.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence, sexe, situation socio-économique
Méthode de mesure	Lors des enquêtes auprès des ménages, des questions sont posées pour faire le bilan des enregistrements. Le numérateur de cet indicateur inclut les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur, ou dont la mère ou la personne qui s'occupe d'eux déclare que la naissance a été enregistrée. Des données sont souvent présentées pour d'autres tranches d'âge, telles que les nourrissons ou les enfants de moins de 5 ans. Les données administratives des registres d'état civil sont une autre source de données susceptibles d'être mises en relation avec les estimations du nombre attendu de nouveau-nés.
Méthode d'estimation	Les estimations de la couverture sont tirées de deux sources : (i) l'Annuaire démographique des Nations Unies et (ii) les statistiques des Nations Unies et l'UNICEF.
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Couverture par l'enregistrement des décès

Nom abrégé	Couverture par l'enregistrement des décès
Nom de l'indicateur	Couverture par l'enregistrement des décès
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Informations sanitaires
Définition	Pourcentage des décès qui sont enregistrés (avec mention de l'âge et du sexe).
Numérateur	Nombre de décès enregistrés.
Dénominateur	Nombre total des décès.
Ventilation/dimension supplémentaire	Lieu de résidence <i>Également : enregistrés avec mention de la cause de décès (CIM)</i>
Méthode de mesure	Des questions sur la présence d'un certificat de décès sont posées pour tous les décès récents (par exemple, au cours de l'année précédente).
Méthode d'estimation	L'OMS estime la couverture en prenant le nombre total des décès qui ont été enregistrés avec mention de la cause de décès dans le système d'enregistrement des faits d'état civil pour un pays et une année donnée, puis en divisant ce chiffre par le total des décès estimés pour cette année-là pour la population du pays. On pourrait utiliser les sources de données administratives pour obtenir le nombre de certificats de décès délivrés et relier ceux-ci au nombre estimé de décès sur une période donnée.
Fréquence de mesure	
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Enquêtes auprès des ménages
Autres sources de données possibles	Systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil
Autres informations et liens connexes	Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Complétude des rapports des établissements de santé
Nom de l'indicateur	Complétude des rapports des établissements de santé
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Informations sanitaires
Définition	Pourcentage d'établissements qui effectuent les notifications dans les délais requis.
Numérateur	Nombre d'établissements ayant effectué des notifications mensuelles pendant une période donnée.
Dénominateur	Total des établissements de santé.
Ventilation/dimension supplémentaire	Type d'établissement, zone géographique, autorité gestionnaire, programme
Méthode de mesure	On divise le nombre de notifications reçues des établissements (généralement tous les mois) par le nombre de notifications attendu. Les districts font également rapport tous les mois ou tous les trimestres aux niveaux nationaux, et le nombre de notifications reçu peut être mis en relation avec le nombre attendu afin d'évaluer l'exhaustivité d'enregistrement.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle (tous les mois)
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système d'information de routine des établissements de santé
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	<p>Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Standard foreign assistance indicators/standard foreign assistance master indicator list (MIL). Washington (DC), United States Agency for International Development (http://www.state.gov/f/indicators/index.htm, consulté le 26 juin 2014).</p>



Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)

Nom abrégé	Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
Nom de l'indicateur	Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (« en % du PIB »).
Numérateur	Somme de toutes les dépenses en santé courantes (sur une période de 12 mois).
Dénominateur	Produit intérieur brut.
Ventilation/dimension supplémentaire	Unité institutionnelle à l'origine du financement, maladie, principal type de soins, principal type de prestataire, situation socio-économique, niveau infranational
Méthode de mesure	Inclut toutes les dépenses courantes, indépendamment de la source de financement (financement intérieur ou par des donateurs extérieurs).
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	A system of health accounts — 2011 edition. Geneva, Organisation for Economic Co-operation and Development/Eurostat/World Health Organization, 2011 (http://who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Nom de l'indicateur	Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires en proportion des dépenses en santé courantes totales (exprimées en pourcentage des dépenses en santé courantes totales). Il s'agit de la somme des dépenses courantes en santé payées en numéraire ou en nature par des entités gouvernementales telles que le ministère de la santé, d'autres ministères, les organismes parapublics ou les organismes de sécurité sociale, ou par des entités qui gèrent des régimes de santé rendus obligatoires par la loi.
Numérateur	Somme de toutes les dépenses en santé courantes du secteur public et des régimes rendus obligatoires par la loi (période de 12 mois).
Dénominateur	Dépenses en santé courantes totales.
Ventilation/dimension supplémentaire	Unité institutionnelle à l'origine du financement, maladie, principal type de soins, principal type de prestataire, situation socio-économique, niveau infranational
Méthode de mesure	Inclut tout financement par des donateurs transitant par des entités gouvernementales ou des entités gérant des régimes obligatoires.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	<p>A system of health accounts – 2011 edition. Geneva, Organisation for Economic Co-operation and Development/Eurostat/World Health Organization, 2011 (http://who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1, consulté le 29 mars 2015).</p> <p>Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Rapport du Secrétaire général. New York (NY), Nations Unies, 2014 (http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/rapport%20revue%20cipd.pdf, consulté le 19 août 2014).</p>



Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes

Nom abrégé	Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Nom de l'indicateur	Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Part des dépenses en santé courantes totales supportée directement par les ménages, exprimée en pourcentage des dépenses en santé courantes totales (il s'agit des versements directs par les ménages).
Numérateur	Total des dépenses en santé directes des ménages (sur une période de 12 mois).
Dénominateur	Dépenses en santé courantes totales.
Ventilation/dimension supplémentaire	Unité institutionnelle à l'origine du financement, maladie, principal type de soins, principal type de prestataire, situation socio-économique, niveau infranational
Méthode de mesure	
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	Enquêtes sur la consommation des ménages, et Comptes nationaux.
Autres informations et liens connexes	A system of health accounts – 2011 edition. Geneva, Organisation for Economic Co-operation and Development/Eurostat/World Health Organization, 2011 (http://who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Nom de l'indicateur	Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Part des dépenses en santé courantes totales financée par des unités institutionnelles extérieures (reste du monde) fournissant des revenus aux régimes de financement.
Numérateur	Total du financement extérieur (reste du monde) (sur une période de 12 mois).
Dénominateur	Dépenses en santé courantes totales.
Ventilation/dimension supplémentaire	Maladie, principal type de soins, principal type de prestataire, situation socio-économique, niveau infranational
Méthode de mesure	Cet indicateur trace les flux financiers provenant de sources extérieures qui fournissent les fonds nécessaires aux dispositifs de financement publics et privés. Il inclut les ressources en numéraire et en nature fournies sous forme de prêts et de subventions. Les comptes de la santé enregistrent les écritures de toutes les opérations en évitant les doubles comptages, afin d'obtenir une couverture complète. Les ressources sont comptabilisées sur la même période que celle au cours de laquelle elles sont utilisées par les dispositifs de financement.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Enquêtes et système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	A system of health accounts – 2011 edition. Geneva, Organisation for Economic Co-operation and Development/Eurostat/World Health Organization, 2011 (http://who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement

Nom abrégé	Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
Nom de l'indicateur	Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
Numérateur	Somme de toutes les dépenses d'investissement dans la santé (sur une période de 12 mois).
Dénominateur	Somme des dépenses en santé courantes et des dépenses d'investissement dans la santé (sur 12 mois).
Ventilation/dimension supplémentaire	Maladie, unité institutionnelle à l'origine du financement, agent de financement, prestataire
Méthode de mesure	Inclut les dépenses d'investissement financées par des donateurs (en nature ou en numéraire).
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Annuelle
Cadre de suivi et évaluation	Intrant
Sources de données préférées	Système de compte-rendu administratif
Autres sources de données possibles	Autres sources, y compris estimations et modélisations
Autres informations et liens connexes	A system of health accounts — 2011 edition. Geneva, Organisation for Economic Co-operation and Development/Eurostat/World Health Organization, 2011 (http://who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1 , consulté le 29 mars 2015).



Nom abrégé	Ratio des dépenses en santé catastrophiques
Nom de l'indicateur	Ratio des dépenses en santé catastrophiques
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Proportion de la population (ou sous-population) confrontée à des dépenses en santé catastrophiques.
Numérateur	Nombre total des ménages confrontés à des dépenses en santé catastrophiques
Dénominateur	Nombre total des ménages.
Ventilation/dimension supplémentaire	Variables infranationales disponibles dans les données d'enquêtes
Méthode de mesure	<p>Les indicateurs de la protection financière sont basés sur les informations recueillies lors des enquêtes en population portant sur les dépenses des ménages, mises en place par ou en étroite collaboration avec les bureaux de statistique nationaux. Les ensembles de données recueillis dans ces enquêtes sont généralement obtenus par le biais de contacts techniques dans le pays, mais ils peuvent également être mis à la disposition du public ou en vente directe. Les deux enquêtes les plus courantes sont les enquêtes sur le budget des ménages et les enquêtes sur la mesure des niveaux de vie.</p> <p>Ces enquêtes comportent des questions qui produisent de l'information sur les dépenses de consommation totales d'un ménage (c'est-à-dire les paiements monétaires et en nature de tous les biens et services, plus la valeur monétaire de la consommation de produits faits maison). Les composantes principales de la consommation agrégée comprennent les dépenses alimentaires, les dépenses non alimentaires (vêtements, articles ménagers, etc.), les frais de services utilitaires (gaz, téléphone, électricité, etc.), ainsi que les dépenses d'éducation, de santé, et de logement. Les données d'enquêtes permettent d'élaborer les trois variables clés (à savoir dépenses totales, dépenses alimentaires et dépenses en santé directes) nécessaires au calcul de l'incidence des dépenses en santé catastrophiques.</p>
Méthode d'estimation	Le ratio des dépenses en santé catastrophiques est le nombre total estimé des ménages confrontés à des dépenses en santé catastrophiques par rapport au nombre total des ménages. On considère qu'un ménage est confronté à des dépenses en santé catastrophiques lorsque ses dépenses en santé directes représentent 40 % ou plus de sa capacité à payer. La capacité à payer est représentée par les dépenses totales d'un ménage nettes d'un niveau de subsistance des dépenses alimentaires. Ce niveau de subsistance est calculé comme étant la moyenne des dépenses alimentaires par adulte équivalent d'un ménage située dans les 45e-55e percentiles de la distribution de la part budgétaire consacrée à l'alimentation. Lorsque les dépenses alimentaires réelles tombent en-dessous de cette valeur, la capacité à payer correspond alors aux dépenses totales nettes des dépenses alimentaires réelles.
Fréquence de mesure	Tous les 1 à 5 ans selon la mise en place d'enquêtes en population sur les dépenses des ménages, menées par les bureaux de statistique nationaux
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes en population sur les dépenses des ménages
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires avec module recueillant les données relatives aux dépenses
Autres informations et liens connexes	<p>Analyzing health equity using household survey data. Washington (DC), World Bank Group, 2008 (http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data, consulté le 6 mai 2015).</p> <p>Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. <i>Lancet</i>. 2003, 362, 111–7 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf, consulté le 6 mai 2015).</p> <p>Ke Xu. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology (discussion paper EIP/HSF/DP.05.2). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf, consulté le 6 mai 2015).</p>



Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes

Nom abrégé	Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes
Nom de l'indicateur	Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Financement de la santé
Définition	Proportion de la population (ou sous-population) confrontée à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes.
Numérateur	des
Dénominateur	Nombre total des ménages.
Ventilation/dimension supplémentaire	Variables infranationales disponibles dans les données d'enquêtes
Méthode de mesure	<p>Les indicateurs de la protection financière sont basés sur les informations recueillies lors des enquêtes en population portant sur les dépenses des ménages, mises en place par ou en étroite collaboration avec les bureaux de statistique nationaux. On obtient généralement les ensembles de données recueillis dans ces enquêtes par l'intermédiaire de contacts techniques dans le pays, mais ces ensembles de données peuvent également être mis à la disposition du public ou en vente directe. Les deux enquêtes les plus courantes sont les enquêtes sur le budget des ménages et les enquêtes sur la mesure des niveaux de vie.</p> <p>Ces enquêtes comportent des questions qui produisent de l'information sur les dépenses de consommation totales d'un ménage (c'est-à-dire les paiements monétaires et en nature de tous les biens et services, plus la valeur monétaire de la consommation de produits faits maison). Les composantes principales de la consommation agrégée comprennent les dépenses alimentaires, les dépenses non alimentaires (vêtements, articles ménagers, etc.), les frais de services utilitaires (gaz, téléphone, électricité, etc.), ainsi que les dépenses d'éducation, de santé, et de logement. Les données d'enquêtes permettent d'élaborer les trois variables clés (à savoir dépenses totales, dépenses alimentaires et dépenses en santé directes) nécessaires au calcul du ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes.</p>
Méthode d'estimation	<p>Le ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes est le nombre total estimé des ménages confrontés à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes par rapport au nombre total des ménages. On considère qu'un ménage est confronté à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes lorsque ses dépenses en santé directes le font passer en-dessous d'un seuil de pauvreté (autrement dit, un ménage est au-dessous du seuil de pauvreté si l'on prend ses dépenses totales brutes de paiements directs, mais en-dessous du seuil de pauvreté si l'on prend ses dépenses totales nettes de paiements directs). Le seuil de pauvreté est défini comme le niveau de subsistance des dépenses alimentaires estimé par la moyenne des dépenses alimentaires par adulte équivalent d'un ménage située dans les 45e-55e percentiles de la distribution de la part budgétaire consacrée à l'alimentation. Lorsque les dépenses alimentaires réelles tombent en-dessous de cette valeur, la capacité à payer correspond alors aux dépenses totales nettes des dépenses alimentaires réelles.</p>
Fréquence de mesure	Tous les 1 à 5 ans selon la mise en place d'enquêtes en population sur les dépenses des ménages, menées par les bureaux de statistique nationaux
Cadre de suivi et évaluation	Impact
Sources de données préférées	Enquêtes en population sur les dépenses des ménages
Autres sources de données possibles	Enquêtes sanitaires avec module recueillant les données relatives aux dépenses
Autres informations et liens connexes	<p>Analyzing health equity using household survey data. Washington (DC), World Bank Group, 2008 (http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data, consulté le 6 mai 2015).</p> <p>Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. <i>Lancet</i>. 2003, 362, 111–7 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf, consulté le 6 mai 2015).</p> <p>Ke Xu. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology (discussion paper EIP/HSF/DP.05.2). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/entity/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf, consulté le 6 mai 2015).</p>



Nom abrégé	Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)
Nom de l'indicateur	Indice des principales capacités requises selon le Règlement sanitaire international (RSI)
Domaine	Systèmes de santé
Sous-domaine	Renforcement des systèmes de santé
Termes associés	Sécurité sanitaire
Définition	Pourcentage des composantes des 13 principales capacités requises qui ont été obtenues à un moment précis. Les 13 principales capacités requises sont les suivantes : (1) Législation, politiques et financement au niveau national, (2) Coordination et communications assurées par les points focaux nationaux, (3) Surveillance, (4) Action, (5) Préparation, (6) Communication en matière de risques, (7) Ressources humaines, (8) Laboratoires, (9) Points d'entrée, (10) Événements d'origine zoonotique, (11) Sécurité sanitaire des aliments, (12) Événements d'origine chimique, (13) Situations d'urgence radiologique ou nucléaire.
Numérateur	Nombre de composantes obtenu.
Dénominateur	Nombre total des composantes.
Ventilation/dimension supplémentaire	
Méthode de mesure	Cet indicateur est basé sur une série de composantes de 13 principales capacités provenant d'un instrument normalisé de l'OMS.
Méthode d'estimation	
Fréquence de mesure	Biannuelle
Cadre de suivi et évaluation	Extrant
Sources de données préférées	Enquêtes auprès d'informateurs clés.
Autres sources de données possibles	
Autres informations et liens connexes	IHR core capacity monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf , consulté le 29 mars 2015). Documentation des organes directeurs de l'Assemblée mondiale de la Santé : Actes officiels. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/or/ff/ , consulté le 29 mars 2015).

Annexe 2

Indicateurs supplémentaires



Les indicateurs supplémentaires sont des indicateurs considérés comme pertinents et souhaitables, mais qui ne répondaient pas à tous les critères mentionnés ci-dessus ou qui posent actuellement de sérieuses difficultés de mesure.

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
État de santé		
Mortalité selon l'âge et le sexe		
Espérance de vie à 60 ans	Nombre moyen d'années qu'une personne de 60 ans peut espérer vivre compte tenu des taux de mortalité selon l'âge et le sexe qui prévalent au moment où elle atteint ses 60 ans	Sexe
Espérance de vie en bonne santé à la naissance	Nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre « en pleine santé » compte tenu des années vécues dans un état de santé dégradé en raison d'une maladie et/ou d'un traumatisme	Sexe
Mortalité par cause		
Distribution des causes de décès dans les établissements de santé	Distribution des principales causes de décès dans les établissements de santé, en pourcentage du nombre total des décès dans les établissements de santé	Âge (moins de 5 ans, 5 ans et plus), maladies à prévention vaccinale
Morbidité		
Catégorie majeure de diagnostic en soins ambulatoires (morbidité)	Taux pour 1000 habitants et distribution des catégories majeures de diagnostic, en pourcentage	Âge (moins de 5 ans, 5 ans et plus), sexe
Hospitalisations par catégorie majeure de diagnostic	Nombre, taux pour 1000 habitants et distribution en pourcentage des catégories majeures de diagnostic	Âge (moins de 5 ans, 5 ans et plus), Sexe
Taux d'incidence des maladies tropicales négligées	Nombre de cas de maladies tropicales négligées (ulcère de Buruli, dengue, rage, trachome, pian, lèpre, maladie de Chagas, trypanosomiase, leishmaniose, dracunculose, filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, cysticerose/téniasis, échinococcoses, trématodes d'origine alimentaire, géohelminthiases), pour 100 000 habitants	Maladie, âge, sexe
Prévalence des troubles mentaux graves	Nombre de cas de troubles mentaux graves, pour 100 000 habitants	Type de trouble, âge, sexe
Prévalence des déficiences visuelles	Nombre de personnes présentant une déficience visuelle grave, pour 100 000 habitants	Par cause, âge, sexe
Facteurs de risque		
Nutrition		
Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant un poids pour leur âge, ou rapport poids/âge, inférieur au (en-dessous du) rapport poids/âge médian (Normes OMS de croissance de l'enfant) -2 écarts-types	Sexe, lieu de résidence, situation socio-économique
Pourcentage de femmes en âge de procréer présentant un déficit pondéral	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans présentant un IMC faible (<18,5 kg/m ²)	Lieu de résidence, situation socio-économique

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Alimentation minimum acceptable	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent une alimentation minimum acceptable	
Concentration d'iode urinaire chez les enfants de 6 à 12 ans	Concentration médiane d'iode urinaire (en µg/l) chez les enfants de 6 à 12 ans	Sexe, lieu de résidence, situation socio-économique
Ménages consommant du sel iodé	Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (>15 ppm)	Lieu de résidence, situation socio-économique <i>Également : calcul du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans vivant dans des ménages consommant du sel iodé</i>
Mode de vie		
Prévalence d'une forte consommation épisodique d'alcool	Pourcentage d'adultes (15 ans et plus) absorbant au moins 60 grammes d'alcool pur au moins une fois par semaine, toutes les semaines (soit environ 6 boissons alcoolisées standard)	Sexe, situation socio-économique, lieu de résidence <i>Également : calcul du pourcentage d'adolescents (consommant 5 boissons alcoolisées ou plus)</i>
Abstinent	Pourcentage d'adultes (15 ans et plus), dans une population donnée, qui n'ont jamais consommé d'alcool au cours de leur vie	Âge, sexe, situation socio-économique, lieu de résidence <i>Également : abstinence sur les 12 derniers mois</i>
Faible consommation de fruits et de légumes chez les adultes	Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) qui mangent moins de cinq portions de fruits et/ou de légumes (400 grammes), en moyenne, par jour (standardisé selon l'âge)	Sexe, situation socio-économique, lieu de résidence
Apport énergétique total provenant des acides gras saturés	Pourcentage moyen, standardisé selon l'âge, de l'apport énergétique total provenant des acides gras saturés chez les personnes de 18 ans et plus	Sexe, situation socio-économique, lieu de résidence
Élévation du taux de cholestérol chez les adultes	Prévalence, standardisée selon l'âge, de l'élévation du taux de cholestérol total chez les personnes de 18 ans et plus (taux de cholestérol total $\geq 5,0$ mmol/l ou 190 mg/dl) ; et taux de cholestérol total moyen	Sexe, situation socio-économique, lieu de résidence
Facteurs de risque : infections		
Pratiques d'injection sûres chez les consommateurs de drogue par injection	Aiguilles/seringues distribuées par consommateur de drogue par injection, par année	Âge (<25 ans/25 ans et plus), sexe
Partenaires sexuels multiples	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Âge (15–19 ans, 20–24 ans et 25–49 ans), sexe

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Attitude discriminatoire envers les personnes vivant avec le VIH	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui déclarent avoir une attitude discriminatoire envers les personnes vivant avec le VIH, en réponse à deux questions standard d'une enquête (réponse « Non » ou « Cela dépend » à ces deux questions)	Âge, sexe, statut sérologique vis-à-vis du VIH
Facteurs de risque : traumatismes		
Prévalence des mutilations génitales féminines	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui ont subi une mutilation génitale/excision	Âge, situation socio-économique, lieu de résidence
Prévalence des violences sexuelles exercées par une personne autre que le partenaire intime	Pourcentage de femmes de 20 à 29 ans qui ont subi à partir de l'âge de 15 ans des violences sexuelles exercées par une personne autre que le partenaire intime	Âge
Taux de port de la ceinture de sécurité	Pourcentage des utilisateurs de véhicules (conducteurs et passagers) qui portent une ceinture de sécurité	
Taux de port du casque	Pourcentage des utilisateurs de motocycles (conducteurs et passagers) qui portent un casque	
Facteurs de risque environnementaux		
Population disposant à domicile d'une installation pour se laver les mains avec de l'eau et du savon	Pourcentage de la population disposant d'une installation pour le lavage des mains à l'eau et au savon couramment utilisée par les membres de la famille	Situation socio-économique, lieu de résidence (zone urbaine/rurale) <i>Également : proportion d'établissements scolaires disposant d'une installation de base pour l'alimentation en eau de boisson, l'assainissement et l'hygiène</i>
Couverture par les services de santé		
Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent		
Date de la première consultation prénatale	Pourcentage de femmes enceintes de 15 à 49 ans dont la première consultation prénatale a eu lieu au premier trimestre de leur grossesse (avant 16 semaines)	Âge, situation socio-économique, lieu de résidence, type de prestataire
Zinc pour traitement de la diarrhée	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois souffrant d'une diarrhée qui reçoivent une supplémentation en zinc	
VIH		
Dépistage du VIH dans les populations clés	Nombre de personnes positives à un test de dépistage du VIH sous traitement durant les 12 derniers mois	Populations clés
Femmes enceintes recevant des conseils et soumises à un test de dépistage du VIH	Pourcentage de femmes qui ont reçu des conseils pendant les soins prénatals lors de leur dernière grossesse, qui ont accepté de se soumettre à un test de dépistage du VIH et qui ont reçu le résultat de ce test, par rapport au nombre total de femmes enceintes au cours des deux ans qui ont précédé l'enquête	

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Prévention de la transmission mère-enfant au cours de l'allaitement	Pourcentage de nourrissons allaités exposés au VIH durant l'allaitement dont les mères reçoivent un traitement antirétroviral lorsqu'ils ont 3 mois (et 12 mois)	
Couverture par le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois qui ont été soumis à un test de dépistage dans les 2 mois après leur naissance	Résultat de test
Traitement préventif au cotrimoxazole chez les personnes séropositives pour le VIH remplissant les conditions pour bénéficier de ce traitement	Pourcentage de personnes séropositives pour le VIH qui reçoivent un traitement préventif au cotrimoxazole (CTX) conformément aux recommandations nationales	
Distribution de seringues/aiguilles	Nombre de seringues/aiguilles distribuées par consommateur de drogue par injection	
Couverture des populations clés par les programmes de prévention	Pourcentage de travailleurs du sexe/hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/consommateurs de drogue par injection, exposés aux programmes de prévention du VIH (réponse « oui » à deux questions spécifiques sur l'exposition dans les enquêtes)	Sexe, âge
Circoncision	Pourcentage d'hommes de 15 à 49 ans qui sont circoncis	Âge, sexe, variables socioculturelles, variables socio-économiques, lieu de résidence
VIH/Tuberculose		
Diagnostic de la tuberculose chez les personnes séropositives pour le VIH	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant des soins contre le VIH chez lesquels la tuberculose a été diagnostiquée et cette affection notée dans leur dossier médical au cours de leur dernière consultation	
Cas confirmés de tuberculose multirésistante	Nombre de cas confirmés de tuberculose multirésistante détectés pendant une période de temps donnée	Antécédents de traitement, profils de pharmacorésistance
Paludisme		
Ménages équipés de moustiquaires imprégnées d'insecticide	Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide	Lieu de résidence, situation socio-économique
Recherche d'un traitement pour enfants fiévreux	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes pour lesquels des conseils ou un traitement ont été sollicités	Établissement (public ou privé) sollicité pour des soins
Accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans le ménage	Pourcentage de la population à risque ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans le ménage.	On présume que chaque moustiquaire imprégnée d'insecticide est utilisée par deux personnes
Traitement approprié des enfants traités contre le paludisme	Pourcentage des enfants recevant un traitement antipaludique de première intention parmi les enfants de moins de 5 ans fiévreux au cours des deux dernières semaines, qui ont reçu un traitement antipaludique	

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Bilan sanguin annuel	Taux annuel de personnes faisant réaliser un examen sanguin	
Taux de diagnostic du paludisme	Pourcentage de cas de paludisme suspects qui ont été soumis à un test de diagnostic	
Taux de positivité au test de dépistage du paludisme	Pourcentage des cas de paludisme confirmés (par un examen au microscope ou par un test de diagnostic rapide) parmi tous les cas testés	
Maladies tropicales négligées (MTN)		
Couverture thérapeutique des MTN	Proportion de la population nécessitant une prise en charge clinique et ayant reçu soins et traitement	Âge, maladie, sexe
Couverture du trachome par la chimiothérapie préventive	Proportion de la population vivant dans des régions d'endémie nécessitant une chimiothérapie préventive pour le trachome et ayant reçu ce traitement	Âge, sexe
Couverture thérapeutique préventive des infections dues à des trématodes d'origine alimentaire	Proportion de la population risquant d'être infectée par des trématodes d'origine alimentaire qui a accès à une chimiothérapie préventive	Âge, sexe
Noncommunicable diseases (NCDs)		
Conseils et traitement médicamenteux destinés à prévenir les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)	Pourcentage de personnes remplissant les conditions (âgées de 40 ans et plus et dont le risque de développer une maladie cardiovasculaire d'ici 10 ans est $\geq 30\%$, dont les personnes ayant déjà eu une maladie cardiovasculaire) qui reçoivent un traitement médicamenteux et des conseils (contrôle de leur taux de glycémie, notamment) destinés à prévenir les crises cardiaques et les AVC.	Âge, sexe
Couverture et taux de chirurgie de la cataracte	Pourcentage de personnes qui ont bénéficié d'une chirurgie de la cataracte par rapport au nombre total de personnes qui ont besoin de ce type d'intervention, sur une période donnée	Âge, sexe
Utilisation de dispositifs d'aide par les personnes présentant un handicap	Pourcentage de personnes présentant un handicap qui possèdent et utilisent des dispositifs d'aide appropriés	
Systemes de santé		
Qualité et sécurité des soins		
Taux de mortalité imputable à une cause spécifique (principales causes)	Décès dus à une cause spécifique pour 100 hospitalisations, par principale cause, et mortalité générale dans les établissements de santé	Âge (moins de 5 ans, 5 ans et plus), mortalité générale et mortalité due à une cause spécifique, mortalité propre à un établissement spécifique
Soins prénatals : mesure de la tension artérielle	Pourcentage de femmes dont la tension artérielle a été mesurée lors de leur dernière consultation prénatale	Âge, situation socio-économique, lieu de résidence, type d'établissement
Soins prénatals : dépistage de la syphilis	Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals chez lesquelles la syphilis a été dépistée	Âge, situation socio-économique, lieu de résidence, type d'établissement

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Soins prénatals : traitement de la syphilis	Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals chez lesquelles le test de dépistage de la syphilis a été positif et qui ont reçu un traitement	Âge, première consultation/toute consultation, situation socio-économique, lieu de résidence <i>Également : inclure les femmes dont les relations sexuelles ont été retracées</i>
Corticothérapie prénatale	Pourcentage de nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 34 semaines confirmé par échographie dont la mère a reçu un traitement prénatal par corticostéroïdes	
Prévention de l'hémorragie postpartum dans les établissements de santé	Pourcentage de femmes recevant de l'ocytocine immédiatement (<1 minute) après leur accouchement, avant l'expulsion du placenta, quel que soit le type d'accouchement	
Infection systémique grave/septicémie postnatale	Pourcentage de femmes dans les établissements de santé qui présentent une infection systémique grave/une septicémie postnatale, y compris les femmes ré-hospitalisées (après avoir accouché dans un établissement)	
Nouveau-nés recevant des soins essentiels	Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu les quatre types de soins essentiels : séchage immédiat et minutieux, contact peau à peau immédiat, clampage différé du cordon, mise au sein dans l'heure suivant la naissance	
Septicémie néonatale	Nouveau-nés chez lesquels une infection bactérienne grave est suspectée (ils ont cessé de s'alimenter correctement et/ou de bouger) qui reçoivent un traitement antibiotique approprié	
Alimentation des enfants nés d'une mère séropositive pour le VIH	Pourcentage d'enfants nés d'une mère séropositive pour le VIH qui sont alimentés conformément aux recommandations nationales sur le VIH et l'alimentation des nourrissons	
Traitement de la pneumonie (chez l'enfant)	Pourcentage d'enfants pour lesquels on a prescrit à juste titre un traitement antibiotique contre la pneumonie	
Dépistage du VIH chez les partenaires masculins de femmes bénéficiant de soins prénatals	Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals dont le partenaire masculin a été soumis à un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois	
Connaissance des voies de transmission du VIH parmi les jeunes femmes et hommes	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes (15–24 ans) qui savent comment prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et n'accordent pas foi aux principales idées fausses qui circulent à propos de la transmission du VIH	Âge (15–19 ans, 20–24 ans), sexe, situation socio-économique, lieu de résidence
Taux de survie au cancer	Pourcentage de personnes atteintes d'un cancer qui survivent au moins 5 ans après le diagnostic, corrigé de la mortalité de la population référence sur une période donnée (cohorte)	Localisation du cancer
Taux de mortalité à 30 jours dans les hôpitaux – infarctus aigu du myocarde (ou AVC)	Pourcentage de patients hospitalisés à la suite d'un diagnostic primaire d'infarctus aigu du myocarde (ou d'AVC) qui décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation	

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Septicémie postopératoire	Septicémie postopératoire en pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales	Âge, sexe
Taux d'embolie pulmonaire/de thrombose postopératoire	Pourcentage des cas d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde par rapport au nombre total des principales interventions chirurgicales	
Hôpitaux dotés de systèmes servant à notifier les événements indésirables et à en tirer des enseignements pour la sécurité des patients	Pourcentage d'hôpitaux disposant de systèmes servant à notifier les événements indésirables et à en tirer des enseignements pour la sécurité des patients	
Taux de ré-hospitalisation	Pourcentage de ré-hospitalisations non planifiées et non attendues pour des troubles traceurs (infarctus aigu du myocarde, pneumonie, asthme, diabète)	
Délai d'attente pour chirurgie à froid	Délai moyen d'attente d'hospitalisation pour une intervention chirurgicale à froid (non urgente) : opération de la cataracte, angioplastie coronarienne, prothèse de la hanche, prothèse du genou . . .	
Satisfaction du patient	Pourcentage de personnes répondant à une enquête qui se déclarent satisfaites ou très satisfaites des services de santé	Âge, sexe, lieu de résidence, situation socio-économique
Revue des décès néonataux	Pourcentage de décès néonataux survenus dans un établissement qui ont été passés en revue dans le cadre d'un audit	<i>Également : revue des décès périnataux</i>
Capacité opérationnelle générale des services	Pourcentage des établissements de santé disposant d'un équipement et d'un matériel de base le jour de la consultation	Type d'établissement, autorité gestionnaire <i>Également : nombre moyen de fournitures par établissement</i>
Accès		
Taux d'hospitalisations	Nombre d'hospitalisations par habitant et par an	Âge, sexe
Taux d'occupation des lits	Pourcentage de lits disponibles qui sont occupés sur une période donnée	<i>Également : durée moyenne du séjour à l'hôpital (pour certaines interventions)</i>
Taux d'interventions chirurgicales	Nombre d'interventions chirurgicales par catégorie (interventions mineures/majeures/spécifiques) pour 1000 habitants	Âge, sexe, situation socio-économique, lieu de résidence
Taux de césariennes	Pourcentage d'accouchements par césarienne	Âge, lieu de résidence, situation socio-économique
Matériel médical/technologies essentielles	Densité des équipements médicaux pour 1 million d'habitants	Par catégorie (IRM, scanners)
Accès aux soins palliatifs	Consommation d'analgésiques opioïdes puissants, équivalents morphiniques (hors méthadone), par décès imputable à un cancer, sur une période donnée	
Traitement médicamenteux par agoniste des opioïdes contre la dépendance aux opioïdes (traitement d'entretien)	Disponibilité de traitements médicamenteux par des agonistes des opioïdes (tels que méthadone, buprénorphine ou buprénorphine/naxolone) pour le traitement d'entretien de la dépendance aux opioïdes	

Indicateur	Définition	Ventilation / dimension supplémentaire
Personnel de santé		
Taux de rotation	Pourcentage d'agents de santé qui ont quitté le secteur public (dentistes, sages-femmes, personnel infirmier, pharmaciens, médecins, médecins associés) au cours de l'année écoulée	Par cadre d'activité <i>Également : par lieu d'emploi, âge (<30 ans, 30–49 ans, 50 ans et plus), sexe, zone (urbaine/rurale)</i>
Volume suffisant des ressources humaines nationales en santé	Pourcentage de professionnels de la santé étrangers formés à l'étranger (dentistes, sages-femmes, personnel infirmier, pharmaciens, médecins généralistes, spécialistes, médecins associés)	Par cadre d'activité <i>Également : par lieu d'emploi, âge (<30 ans, 30–49 ans, 50 ans et plus), sexe, zone (urbaine/rurale), secteur (public/privé/autre)</i>
Politique de santé		
Index des mesures	Existence d'une stratégie de santé nationale et de plans de santé nationaux à jour et mis en relation avec les besoins et les priorités en matière de santé	

La Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base est un ensemble standard de 100 indicateurs de base considérés comme prioritaires par la communauté internationale pour fournir des informations concises sur la situation sanitaire et les tendances en matière de santé, y compris des réponses aux niveaux national et mondial.

Elle comprend des indicateurs qui présentent un intérêt pour la notification aux niveaux national, régional et mondial, couvrant l'ensemble des priorités sanitaires mondiales liées aux objectifs sanitaires de l'après-2015 en rapport avec les Objectifs de développement durable. Il s'agit du programme des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), mais aussi de priorités nouvelles et émergentes comme les maladies non transmissibles, la couverture sanitaire universelle et d'autres questions relatives au programme de développement pour l'après-2015.

Organisation mondiale de la Santé

Département Statistiques sanitaires et systèmes d'information (HSI)

20 avenue Appia

1211 Geneva 27

Suisse

healthinfo@who.int

www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en

de santé
eurs de risque
s de santé
ence **liste mondiale de référence** liste mondiale de référence
sque état de santé
santé facteurs de risque
rices systèmes de santé
ervices systèmes de santé
es de santé facteurs de risque
eurs de risque état de santé