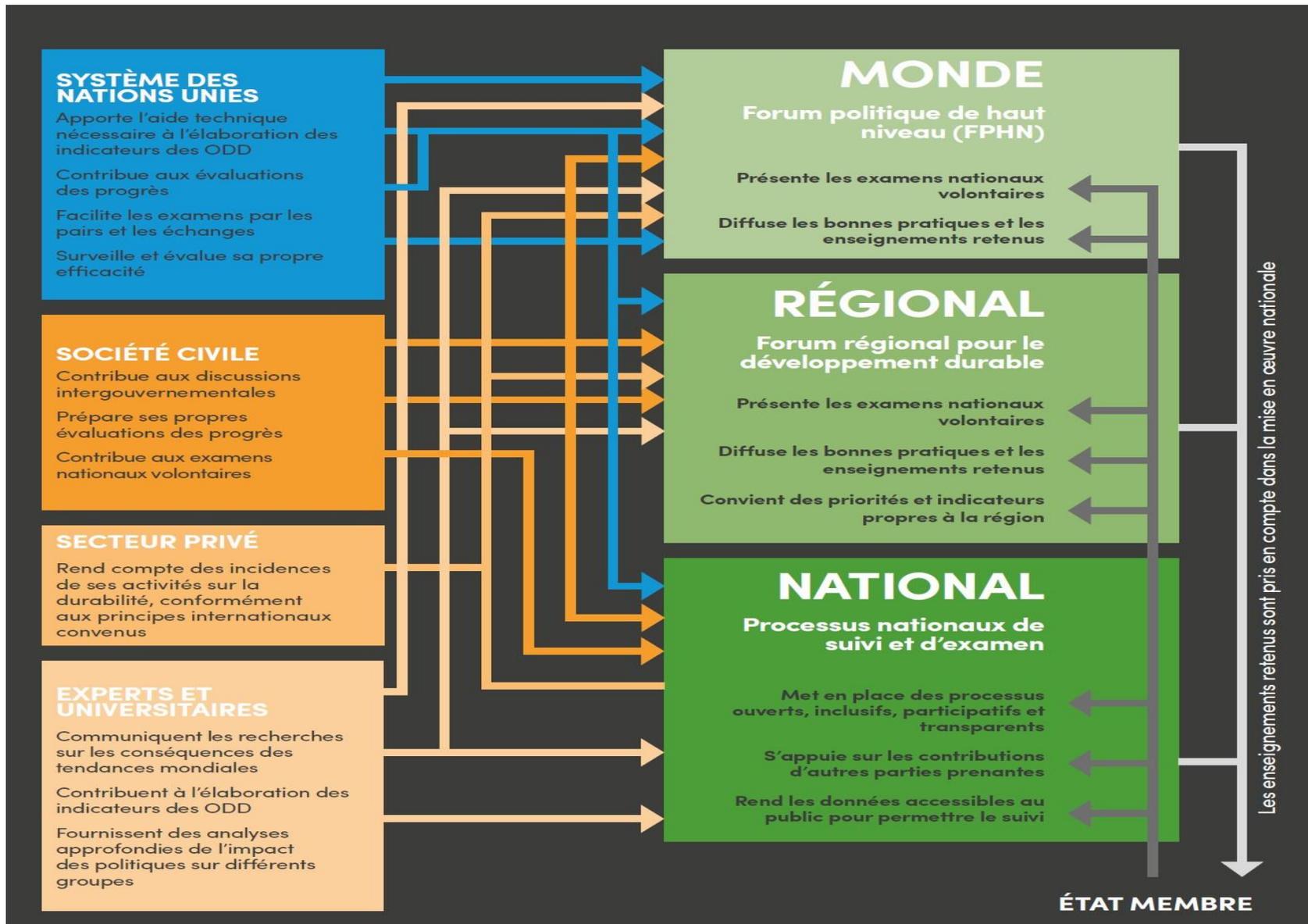


Plan de l'exposé

- 1. Cadre global de suivi de l'Agenda 2030**
- 2. Indicateurs de mesure de l'ODD3**
 - a. Concepts clés de statistique épidémiologique**
 - b. La méthodologie de calcul des indicateurs de l'ODD 3**

Cadre global de suivi de l'Agenda 2030



Cadre global de suivi de l'Agenda 2030

La matrice des indicateurs

pour suivre les progrès accomplis à l'échelle mondiale vers l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD), un jeu de **232 indicateurs** a été adopté le 11 mars 2017 par la commission statistique de l'ONU. Ces indicateurs, tels qu'ils sont destinés à servir de fondement principal pour suivre les progrès accomplis mondialement vers la réalisation des ODD.

Cadre global de suivi de l'Agenda 2030

Les indicateurs relatifs aux ODD sont ventilés par

- ✓ **Niveau de revenu**
- ✓ **Sexe**
- ✓ **Age**
- ✓ **Race**
- ✓ **Appartenance ethnique**
- ✓ **Statut migratoire**
- ✓ **Situation au regard du handicap**
- ✓ **Lieu de résidence**

conformement aux principes fondamentaux de la statistique officielle.

Cadre global de suivi de l'Agenda 2030

- **232 indicateurs** ont été définis par les Nations Unies pour le suivi des 17 ODD. Il n'est pas attendu que chaque pays renseigne ces 232 indicateurs, mais plutôt, que chaque pays s'approprie ceux qui sont pertinents pour le contexte national, voire qu'ils les complète avec d'autres indicateurs nationaux.

Indicateurs de mesure de l'ODD3

1 - Concepts clés de statistique épidémiologique

- a. Incidence
- b. Prévalence
- c. Taux de mortalité, de natalité
- d. Proportion

2- La méthodologie de calcul des indicateurs de l'ODD 3

1. Concepts clés de statistique épidémiologique

a. Incidence

L'incidence est définie par le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans une période donnée,

tandis que le **taux d'incidence** est égal à ce nombre divisé par le total de temps-personnes dans la population source .

Dans le cas du cancer, «taux» s'entend habituellement du taux annuel pour 100 000 personnes. Pour les maladies plus courantes, les taux peuvent être exprimés par rapport à un nombre moindre d'individus. Par exemple, le taux d'anomalies à la naissance est en général exprimé par 1 000 naissances vivantes. *L'incidence cumulée*, proportion de personnes devenant des cas dans une période donnée, est une mesure du risque moyen d'une population.

1. Concepts clés de statistique épidémiologique

b. Prévalence

La **prévalence** comprend la **prévalence ponctuelle** ou **instantanée**, nombre de cas de maladie à un moment précis, et la **prévalence de période**, nombre total de cas pathologiques observés à certains moments au cours d'une période donnée.

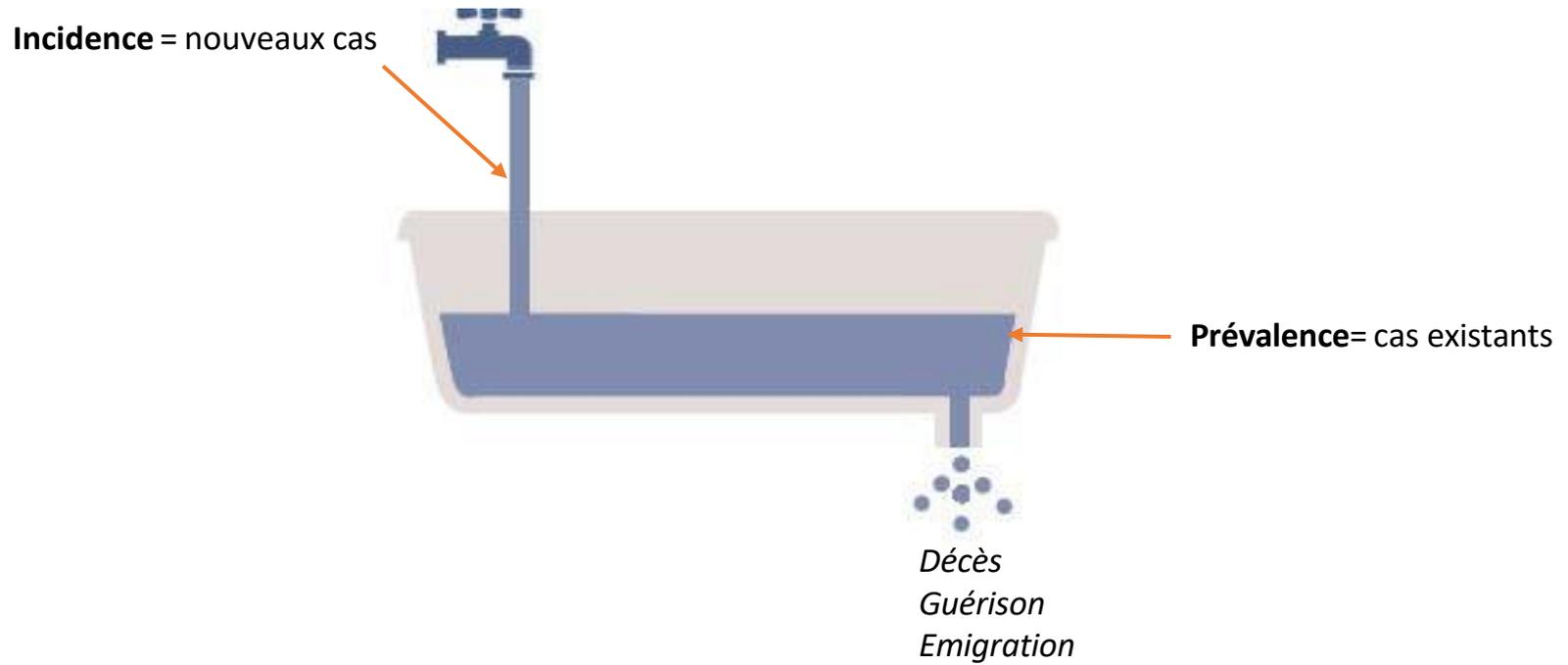
Taux de prevalence

1. Concepts clés de statistique épidémiologique

c. Taux de mortalité, de natalité

La mortalité, qui correspond aux décès plutôt qu'aux nouveaux cas de maladie diagnostiqués, reflète les facteurs étiologiques de la maladie, mais aussi des facteurs de qualité des soins médicaux, tels que le dépistage, l'accès aux soins et l'existence de traitements efficaces.

Incidence & Prévalence



1. Concepts clés de statistique épidémiologique

L'expression **taux de décès** est généralement reliée aux décès de toutes origines,

tandis que le **taux de mortalité** reflète les décès dus à une cause spécifique.

Pour une maladie donnée, le **taux de létalité** (techniquement un rapport et non un taux) est le nombre d'individus qui meurent de la maladie dans une période donnée, divisé par le nombre d'individus atteints.

Le **taux de survie** est le complément du taux de létalité. On utilise communément le taux de survie à cinq ans dans le cas de maladies chroniques telles que le cancer.

1. Concepts clés de statistique épidémiologique

d. Proportion=ratio

un rapport dont le dénominateur inclut le numérateur
Exemple : garçons / totalité des naissances

La proportion sert à comparer deux grandeurs,

On se sert de la proportion pour mesurer le poids d'un sous-ensemble au sein d'un ensemble.

- *Sans unité, toujours ≤ 1*
- *Peut être exprimé en % Sans unité, toujours ≤ 1*
- *Peut être exprimé en %*

1. Concepts clés de statistique épidémiologique

d. Taux

un rapport de deux grandeurs différentes.

Exple Taux = A/B , avec

un rapport est le quotient de deux valeurs qui se rapportent à des grandeurs de la même espèce. Quand le quotient se rapporte à des grandeurs d'espèces différentes, on parle de taux.

Prévalence d'une maladie (P) :

A un moment donné, la prévalence d'une maladie, c'est la proportion des individus atteints de la maladie étudiée par rapport au nombre total d'individus (malades et non malades) dans la population étudiée. Elle est calculée par la formule suivante :

L'incidence d'une maladie (I) :

Pendant un intervalle de temps donné, l'incidence d'une maladie, c'est la proportion des individus atteints de la maladie étudiée par rapport au nombre total d'individus présents dans la population étudiée et non malades au début de l'intervalle de temps donné (qui peut être un an, ou plus...).

Cibles de l'ODD3

Titre de la cible	Descriptif de la cible
Mortalité maternelle	3.1 : D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
Mortalité néonatale et infantile	3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
Maladies transmissibles	3.3 : D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
Maladies non transmissibles	3.4 : D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

Conduites addictives	3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho-actives, notamment de stupéfiants et d'alcool
Accidents de la route	3.6 : D'ici à 2030, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route
Santé sexuelle et procréative	3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
Couverture santé universelle	3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

Conduites addictives	3.5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho-actives, notamment de stupéfiants et d'alcool
Accidents de la route	3.6 : D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route
Santé sexuelle et procréative	3.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
Couverture santé universelle	3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

Santé-environnement	<p>3.9 : D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol</p>
TABAC	<p><i>3.a : Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac</i></p>
Recherche Mise au point et accès aux médicaments	<p><i>3.b : Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet</i></p>
Personnel de santé	<p><i>3.c : Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement</i></p>
Sécurité sanitaire	<p><i>3.d : Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux</i></p>

2. La méthodologie de calcul des indicateurs de l'ODD 3

Indicateur 3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Définition et méthode de calcul : Pourcentage de naissances vivantes assistées par un personnel de santé qualifié pendant l'accouchement.

Numérateur : Nombre de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) formés à la prestation de soins obstétricaux vitaux, y compris la supervision, les soins et les conseils nécessaires aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, pour effectuer eux-mêmes des accouchements

, et à prendre soin des nouveau-nés

Dénominateur : Le nombre total de naissances vivantes au cours de la même période.

Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié = (Nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié / Nombre total de naissances vivantes) x 100

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
Enquête Démographique et de Santé (EDS), MICS, Sante	<ul style="list-style-type: none">- Milieu- Statut socioéconomique- type de personnel de santé.- Région	INS	Cinq (5) ans

Cible 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au- dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Indicateur 3.1.1 Taux de mortalité maternelle

ET

Définition et méthode de calcul :

Le taux de mortalité maternelle peut être calculé en divisant les décès maternels enregistrés (ou estimés) par le nombre total de naissances vivantes enregistrées (ou estimées) au cours de la même période et en le multipliant par 100 000. La mesure nécessite des informations sur l'état de la grossesse, le moment du décès (pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'interruption de grossesse) et la cause du décès. **Taux de mortalité maternelle = (Nombre de décès maternels / Nombre de naissances vivantes) X 100 000**

La mortalité maternelle se définit par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite"., exprimée par 100 000 naissances vivantes, pour une durée déterminée.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
Enquête Démographique et de Santé (EDS, MICS, Etat civil, Stat Min Santé)	- Âge, - Milieu de résidence Région	INS,	- Cinq (5) ans

Cible 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

Indicateur 3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Définition et méthode de calcul : La probabilité qu'un enfant soit né au cours d'une année ou d'une période déterminée et décédé avant l'âge de 5 ans, s'il est soumis aux taux de mortalité par âge de cette période, exprimé pour 1000 naissances vivantes. Le taux de mortalité des moins de cinq ans tel que défini ici n'est, à proprement parler, pas un taux (c'est-à-dire le nombre de décès divisé par le nombre de population à risque pendant une certaine période) mais une probabilité de décès découlant d'un tableau de vie et exprimé Comme taux pour 1000 naissances vivantes.

C'est la probabilité de décéder entre le premier jour de naissance et le cinquième anniversaire.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
Enquête Démographique et de Santé (EDS) Région	<ul style="list-style-type: none"> - Milieu - Sexe - statut socioéconomique 	INS	- cinq (5) ans

Indicateur 3.2.2 Taux de mortalité néonatale

Définition et méthode de calcul : La probabilité qu'un enfant née au cours d'une année ou d'une période spécifique meurt pendant les 28 premiers jours de vie complets s'il est soumis aux taux de mortalité par âge de cette période, exprimé pour 1000 naissances vivantes.

Les décès néonataux (décès par naissances vivantes au cours des 28 premiers jours de vie complets) peuvent être subdivisés en décès néonataux précoces, survenant au cours des 7 premiers jours de vie et décès néonataux tardifs, après le 7^{ème} jour mais avant le 28^{ème} jour complet de vie

Méthode de mesure

Données de l'état civil: Le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès néonataux sont utilisés pour calculer les taux par âge. Ce système fournit des données annuelles. Données issues d'enquêtes auprès des ménages: les calculs sont basés sur l'historique complet des naissances, dans lequel les femmes sont invitées à indiquer la date de naissance de chacun de leurs enfants, si l'enfant est toujours en vie, et sinon l'âge au décès

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
Enquête Démographique et de Santé (EDS)	<ul style="list-style-type: none">- Milieu- Sexe- statut socioéconomique- Région	INS	- Cinq (5) ans

Cible 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

Indicateur 3.3.1 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et principaux groupes de population

Définition et méthode de calcul :

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes non infectées. Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas par population à risque au cours d'une période donnée.

Numérateur : nombre de nouvelles infections à VIH.

Dénominateur : population non infectée (qui est la population totale moins les personnes vivant avec le VIH).

Sources : Enquêtes CIPHIA, SIDA, Sources administratives

Désagrégation : Sexe, âge

Indicateur 3.3.2 Incidence de la tuberculose pour 1 000 habitants

Définition et méthode de calcul : Nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose et à récurrence (toutes formes de tuberculose, y compris les cas chez les personnes vivant avec le VIH) qui surviennent au cours d'une année donnée, exprimée pour 100 000 habitants.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
Système national d'information Sanitaire (SNIS)	- Âge, -statut sérologique, - sexe	DS MSP	Annuel

Indicateur 3.3.3 Incidence du paludisme pour 1 000 habitants

Définition et méthode de calcul : Nombre de cas de paludisme pour 1000 personnes par an. L'OMS compile des données sur les cas confirmés de paludisme signalés et les cas suspects testés par microscopie ou TDR, soumises par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme. La sous-déclaration est signalée ou estimée par les pays. Les données sur l'étendue de l'utilisation des services de santé (recherche de traitement) ont été obtenues à partir d'enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national sur l'utilisation des services de santé.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
-Système national d'information Sanitaire (SNIS) -Enquête Démographique et de santé.	- Âge, - sexe - Milieu - saison (année et mois) - Région	INS, DS MSP	- Annuel - Cinq (5) ans

Indicateur 3.3.4 Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants

Définition et méthode de calcul : Le nombre de nouvelles infections à l'hépatite B par 100 000 habitants au cours d'une année donnée est estimé à partir de la prévalence des anticorps totaux contre l'antigène de base de l'hépatite B (Total anti-HBc) et l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) positif chez les enfants de 5 ans, ajustés pour la conception de l'échantillonnage.

Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) positif, ajustée pour le plan d'échantillonnage. Numérateur : Nombre de participants à l'enquête dont le test HBsAg est positif. Dénominateur : Nombre dans l'enquête avec résultat HBsAg.

Numérateur : Nombre de participants au sondage avec test total anti-HBc et HBsAg est testé positif

Dénominateur : Nombre dans l'enquête avec résultat total anti-Hc / HBsAg

Indicateur 3.3.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées (MTN) sont nécessaires.

Définition et méthode de calcul : Nombre de personnes nécessitant un traitement et des soins pour l'une des MTN ciblées par la Feuille de route de l'OMS et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et signalées à l'OMS. Le traitement et les soins sont largement définis pour permettre un traitement et des soins préventifs, curatifs, chirurgicaux ou de réadaptation.

- 1) Nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive pour au moins un PC- NTD;
- 2) Nombre de nouveaux cas nécessitant un traitement individuel et des soins pour d'autres MTN.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
le système d'information de routine)	<ul style="list-style-type: none">- Sexe,- Age- Milieu- Région	DS MSP	Annuel

Indicateur 3.3.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées (MTN) sont nécessaires.

Définition et méthode de calcul : Nombre de personnes nécessitant un traitement et des soins pour l'une des MTN ciblées par la Feuille de route de l'OMS et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et signalées à l'OMS. Le traitement et les soins sont largement définis pour permettre un traitement et des soins préventifs, curatifs, chirurgicaux ou de réadaptation.

- 1) Nombre de personnes nécessitant une chimiothérapie préventive pour au moins un PC- NTD;
- 2) Nombre de nouveaux cas nécessitant un traitement individuel et des soins pour d'autres MTN.

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
le système d'information de routine)	<ul style="list-style-type: none">- Sexe,- Age- Milieu- Région	DS MSP	Annuel

Indicateur 3.4.1 Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques

Définition et méthode de calcul :

Pourcentage de personnes de 30 ans qui mourraient avant leur 70e anniversaire d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'un diabète ou d'une maladie respiratoire chronique, en supposant qu'elles connaîtront les taux de mortalité actuels à chaque âge et qu'elles le feraient ne pas mourir d'une autre cause de décès (par exemple, blessures ou VIH / SIDA).

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
le système d'information de routine), Enquêtes auprès des ménages Systèmes de surveillance Systèmes d'enregistrement d'échantillons ou sentinelles Etudes spéciales	Sexe, Age Milieu - Région	DS MSP	Annuel

Définition et méthode de calcul : 3.5.2 Consommation d'alcool (en litres d'alcool pur) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile

L'APC total est défini comme la quantité totale la Somme des APC enregistrés et non enregistrés, ajustés pour la consommation touristique L'unité de mesure est Litres d'alcool pur par personne et par an.

La consommation d'alcool pur par habitant (15+) enregistrée est calculée comme la somme de la consommation d'alcool pur par boisson spécifique (bière, vin, spiritueux, autre). Pour effectuer la conversion en litres d'alcool pur, si les volumes de boisson ne sont pas disponibles en litres d'alcool pur, la teneur en alcool (% d'alcool par volume) est considérée comme suit: Bière (bière d'orge 5%), Vin (vin de raisin 12%; moût de raisin 9%, vermouth 16%), spiritueux (spiritueux distillés 40%; spiritueux 30%) et autres (sorgho, mil, bières de maïs 5%; cidre 5%; vin fortifié 17% et 18%; blé fermenté et riz fermenté 9%; autres boissons fermentées 9%).

Sources et collecte de données	Désagrégation	Structures responsables	Périodicité
le système d'information de routine), Enquêtes auprès des ménages Systèmes de surveillance Systèmes d'enregistrement d'échantillons ou sentinelles Etudes spéciales	- Sexe, - Age -	DS MSP	Annuel

Indicateur 3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale

Définition et méthode de calcul : Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait avec les méthodes modernes est également appelé **proportion de la demande satisfaite par les méthodes modernes**

Femmes (15-49ans) qui utilisent une des méthodes modernes de contraception. Les méthodes contraceptives sont souvent classées comme modernes ou traditionnelles. Les méthodes modernes de contraception comprennent la stérilisation féminine et masculine, le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant, les injectables, les pilules contraceptives orales, les préservatifs masculins et féminins, les méthodes de barrière vaginale (y compris le diaphragme, cape cervicale et mousse spermicide, gelée, crème et éponge), méthode d'allaitement aménorrhée (LAM), contraception d'urgence et autres méthodes modernes non rapportées séparément (par exemple, le patch contraceptif ou l'anneau vaginal). Les méthodes traditionnelles de contraception comprennent le rythme (par exemple, les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, l'abstinence périodique), le retrait et d'autres méthodes traditionnelles non rapportées séparément.

NB : Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait avec les méthodes modernes est également appelé proportion de la demande satisfaite par les méthodes modernes

Numérateur : Le numérateur est le pourcentage/nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire utilise actuellement, au moins une méthode contraceptive moderne.

Dénominateur : Le dénominateur est la demande totale de planification familiale (la somme de la prévalence contraceptive (toute méthode) et des besoins non satisfaits en planification familiale).

Indicateur 3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge.

Définition et méthode de calcul : Nombre annuel de naissances chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes dans ce groupe d'âge. Il est également appelé le taux de fécondité par âge pour les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans).

Le taux de natalité chez les adolescentes est calculé sous forme de ratio. Le **numérateur** est le nombre de naissances vivantes chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et le **dénominateur** une estimation de l'exposition à la maternité des femmes âgées de 15 à 19 ans.

Dans le cas des données d'état civil, le numérateur est le nombre enregistré de naissances vivantes nées de femmes âgées de 15 à 19 ans au cours d'une année donnée, et le dénominateur est la population estimée ou dénombrée de femmes âgées de 15 à 19 ans.

Dans le cas des données d'enquête, le numérateur est le nombre de naissances vivantes obtenu à partir d'histoires rétrospectives de naissance des femmes interrogées âgées de 15 à 19 ans au moment des naissances au cours d'une période de référence précédant l'entrevue, et le dénominateur est personnes-années vécues entre 15 et 19 ans par les femmes interrogées au cours de la même période de référence

Numérateur : Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans)

Dénominateur : Nombre total des adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans).

Indicateur 8.8.1 : Proportion de la population cible bénéficiant de la couverture des services de santé essentiel

Définition et méthode de calcul :

L'indicateur 3.8.1 concerne la couverture des services de santé Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de dépistage qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la plus défavorisée. L'indicateur est un indice rapporté sur une échelle sans unité de 0 à 100, qui est calculé comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé.

L'indice de la couverture des services de santé est calculé comme le moyen géométrique de 14 indicateurs traceurs.

I. Santé reproductive, maternelle, néonazaine et infantile

1. Planification familiale: Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) mariées ou en union qui ont besoin d'une planification familiale satisfaite des méthodes modernes

2. Soins de grossesse et d'accouchement: Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché en direct au cours d'une période donnée qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus

3. Vaccination des enfants: Pourcentage de nourrissons recevant trois doses de diphtérie-tétanos-coqueluche contenant du vaccin

4. Traitement de l'enfant: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'une pneumonie présumée (toux et respiration difficile NON en raison d'un problème dans la poitrine et le nez obstrué) dans les deux semaines précédant l'enquête menée dans un établissement de santé ou un fournisseur approprié.

II. Maladies infectieuses

5. Tuberculosis: Pourcentage de cas de tuberculose incidents détectés et traités avec succès

6. VIH/SIDA: Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral

7. Malaria : Pourcentage de la population dans les zones d'endémie palustique qui dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente (seulement pour les pays où le fardeau du paludisme est élevé)

8. Eau et assainissement : Pourcentage de ménages utilisant au moins des installations sanitaires de base

III. Maladies non transmissibles

9. Hypertension : Prévalence normalisée selon l'âge de la pression artérielle non élevée (tension artérielle systolique <140 mm Hg ou pression artérielle diastolique <90 mm Hg) chez les adultes âgés de 18 ans et plus

10. Diabète: Glucose plasmatique moyen à jeun normalisé par âge (mmol/L) pour les adultes âgés de 18 ans et plus

11. Tabac: Prévalence normalisée selon l'âge des adultes >=15 ans ne fumant pas de tabac au cours des 30 derniers jours (indicateur des ODD 3.a.1, métadonnées disponibles [ici](#))

IV. Capacité de service et accès

12. Accès à l'hôpital: Lits d'hôpital par habitant, par rapport à un seuil maximum de 18 pour 10 000 habitants

13. Personnel de santé : Professionnels de la santé (médecins, psychiatres et chirurgiens) par habitant, par rapport aux seuils maximaux pour chaque cadre (chevauchement partiel avec l'indicateur des ODD 3.c.1)

14. Sécurité sanitaire : Indice de capacité de base du Règlement sanitaire international (RSI), qui est le pourcentage moyen d'attributs de 13 capacités de base qui ont été atteints (indicateur des ODD 3.d.1

Indicateur 3.8.2 : Population dont les dépenses de santé du ménage sont supérieures à 10 % des dépenses ou des revenus totaux du ménage (ODD 3.8.2)

Définition et méthode de calcul : Les dépenses de santé des ménages sont définies comme les paiements formels et informels effectués au moment de l'obtention de tout type de soins (promotionnels, curatifs, de réadaptation, palliatifs ou de longue durée) fournis par tout type de prestataire. Ces versements comprennent la partie non prise en charge par un tiers tel que l'Etat, une caisse d'assurance maladie ou une assurance privée mais excluent les primes d'assurance ainsi que tout remboursement par un tiers. Ils peuvent être financés par le revenu, y compris les envois de fonds, l'épargne ou les emprunts.

la proportion de la population confrontée à des dépenses catastrophiques est mesurée comme la moyenne pondérée par la population du nombre de ménages ayant des « dépenses de santé importantes des ménages » en pourcentage des dépenses ou des revenus totaux des ménages (budget du ménage). Grande est définie comme les dépenses de santé dépassant 10 % ou 25 % des dépenses ou des revenus totaux du ménage. Le poids de l'échantillon du ménage multiplié par la taille du ménage est utilisé pour obtenir des nombres représentatifs par personne. Si l'échantillon est autopondéré, seule la taille du ménage est utilisée comme poids.

Indicateur 3.9.1 : Taux de mortalité attribué à la pollution des ménages et de l'air ambiant (pour 100 000 habitants)

Définition et méthode de calcul : Cet indicateur mesure, la mortalité résultant de l'exposition à la pollution de l'air ambiant (extérieur) et de l'air domestique (intérieur) due à l'utilisation de combustibles polluants pour la cuisson. Pour le mesurer, on calcule un indicateur qu'on appelle la fraction attribuable à la population (FAP),

C'est un indicateur qui combine les informations sur le risque accru (ou relatif) d'une maladie résultant d'une exposition, avec des informations sur l'étendue de l'exposition à la maladie dans la population (par exemple la concentration moyenne annuelle de particules auxquelles la population est exposée). La FAP qui est la fraction de maladie observée dans une population donnée qui peut être attribuée à l'exposition (par exemple, dans ce cas, la concentration moyenne annuelle de particules)

L'application de cette fraction à la charge totale de morbidité (par exemple, les maladies cardio-pulmonaires exprimées en décès ou en DALY), donne le nombre total de décès ou de DALY résultant de l'exposition à ce facteur de risque particulier (dans l'exemple donné ci-dessus, à la pollution de l'air ambiant)

Indicateur 3.9.2 : Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH dangereux (pour 100 000 habitants) (ODD 3.9.2)

Définition et méthode de calcul : Décès attribuables à l'eau insalubre, à l'assainissement et à l'hygiène se concentrant sur des services WASH inadéquats, exprimés pour 100 000 habitants. Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès par la population totale.

Les décès attribuables à la diarrhée sont calculés en combinant d'abord des informations sur le risque accru (ou relatif) d'une maladie résultant d'une exposition, avec des informations sur l'étendue de l'exposition dans la population (dans ce cas, le pourcentage de la population exposée à de l'eau insalubre, à l'assainissement et au manque d'hygiène). Cela permet de calculer la «fraction attribuable à la population» (FAP), qui est la fraction de maladie observée dans une population donnée qui peut être attribuée à l'exposition, dans ce cas le manque d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène améliorés. L'application de cette fraction au nombre total de décès dus à la diarrhée donne le nombre de décès par diarrhée résultant d'un manque d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Décès dus à la malnutrition protéino-énergétique attribuable à l'insuffisance d'eau, à l'assainissement et à l'hygiène sont estimés en évaluant les impacts des épisodes répétés de diarrhée infectieuse sur l'état nutritionnel (en particulier le retard de croissance)

Cible 3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

Indicateur 3.a.1 Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les plus de 15 ans (taux comparatifs par âge)

Définition et méthode de calcul : Prévalence normalisée selon l'âge du tabagisme actuel chez les personnes de 15 ans et plus. Les «produits du tabac fumé» comprennent la consommation de cigarettes, de bidis, de cigares, de chiroots, de tuyaux, de shisha (tuyaux d'eau), d'articles pour la coupe fine (roll-your-own), de krekets et de toute autre forme de tabac fumé. Les «utilisateurs actuels» comprennent des utilisateurs quotidiens et non quotidiens de tabac fumé ou sans fumée. Le «tabac sans fumée» comprend le tabac humide, le bouchon, le tabac à priser, les dissolvables, le tabac sec, le gul, les feuilles lâches, les poudres rouges, les snus, les chimo, les gutkha, les khaini, les gudakhu, les zarda, les quiwam, les dohra, les tuibur, les naways, naas / naswar , Shammah, betel quid, toombak, pan (betel quid), iq'mik, mishri, tapkeer, tombol et tout autre produit de tabac renflé, retenu dans la bouche ou mâché.

Un modèle statistique basé sur une méta-régression bayésienne binomiale négative est utilisé pour modéliser la prévalence de l'usage actuel du tabac pour chaque pays, séparément pour les hommes et les femmes. Cette méthode est expliquée dans la revue *The Lancet*, volume 385, n° 9972, p966-976 (2015)

Cependant, on pourrait aussi calculer cet indicateur en utilisant un proxy comme suit

Numérateur : Nombre d'utilisateurs actuels de tabac âgés de 15 ans et plus.

Dénominateur : Tous les répondants de l'enquête âgés de 15 ans et plus.