



GUIDE DE REFERENCE DE L'INDICATEUR DE SUIVI & D'ÉVALUATION

APPEL D'ABUJA EN FAVEUR DE L'ACCELERATION DES INTERVENTIONS POUR L'ACCÈS
UNIVERSEL AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE
PALUDISME

&

PLAN D'ACTION DE MAPUTO POUR LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE D'ORIENTATION
CONTINENTAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DES DROITS EN MATIÈRE DE
SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION

**Département des Affaires sociales
Commission de l'Union africaine
Juillet 2011**

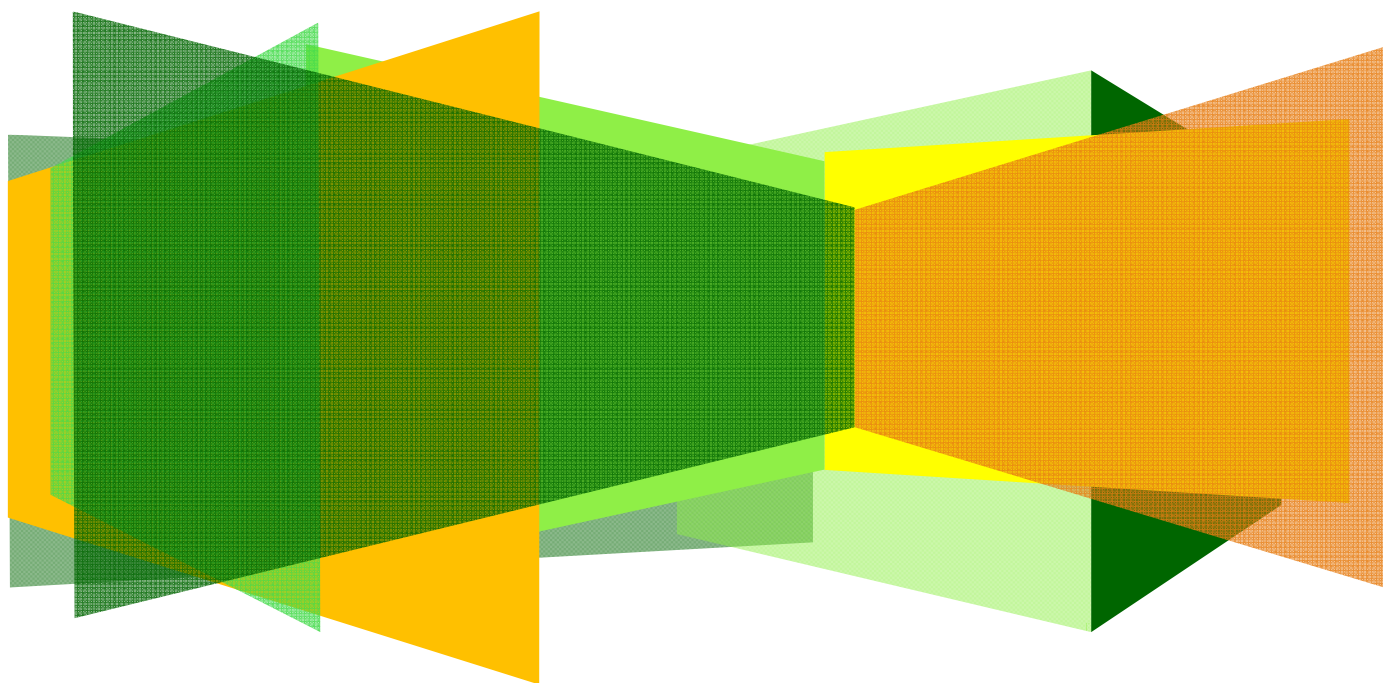


Table des matières

Acronymes	3
1. Objet	5
2. Historique.....	5
3. Directives générales.....	7
3.1 Responsabilités institutionnelles	7
3.2 Définitions et mesures des indicateurs.....	7
3.3 Collecte de données, analyse et établissement de rapports.....	8
3.4 Coordination du suivi, de l'évaluation et supervision d'appui connexe	8
3.5 Renforcement des capacités.....	9
SECTION A: Indicateurs de « l'Appel d'Abuja ».....	10
4A.1 VIH et SIDA	11
4A.2 TUBERCULOSE	21
4A.3 PALUDISME	24
4A.4 RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ.....	29
SECTION B: Indicateurs du Plan d'action de Maputo	34
4B.1 OBJECTIF: INTÉGRER LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LES IST, LE PALUDISME ET LA SSR DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE.....	35
4B.2 OBJECTIF: RENFORCER LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA, LES SRDR, LE PALUDISME ET LES SERVICES DE NUTRITION.....	38
4B.3 OBJECTIF: REPOSITIONNER LA PLANIFICATION FAMILIALE EN TANT QUE PRINCIPALE STRATÉGIE POUR LA RÉALISATION DES OMD.....	39
4B.4 OBJECTIF: POSITIONNER LES SERVICES SRDRSENSIBLES AUX BESOINS DES JEUNES EN TANT QUE PRINCIPALE STRATÉGIE POUR L'AUTONOMISATION, LE DÉVELOPPEMENT ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES	41
4B.5 OBJECTIF: ACCROÎTRE L'ACCÈS À DES SERVICES DE MATERNITÉ SANS RISQUES ET DE SURVIE DE L'ENFANT DE QUALITÉ	42
4B.6 OBJECTIF: ACCROÎTRE LES RESSOURCES POUR LES SRDR.....	48
4B.7 OBJECTIF: ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES POUR LA SÛRETÉ DES PRODUITS DE LA SANTÉ DE REPRODUCTION POUR L'ENSEMBLE DES COMPOSANTES DE SSR	49
4B.8 OBJECTIF: METTRE EN PLACE UN MÉCANISME DE SUIVI, D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DU PLAN D'ACTION.	52
Annexe	54
OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPEL D'ABUJA (ACPAT)	54

OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE CADRE DE L'APPEL D'ABUJA POUR UNE ACTION ACCÉLÉRÉE EN VUE DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME EN AFRIQUE 56

Acronymes

ACT/CTA	Combinaison à base d'Artemisinine
ATM	VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme
AUC /CUA	La Commission de l'Union Africaine (CUA)
AWA	AIDS Watch Africa
BCC/CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CAMH5	Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine
CER	Communauté économique régionale
CNLS	Conseil/Comité National de Lutte contre le Sida
CPR /TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
CSW	Travailleurs de sexe
EDS	Enquête Démographique et de Santé
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
EC	Commission Européenne
EmOC	Soins Obstétricaux d'Urgence
FP	Planning Familial
HTP	Pratiques Traditionnelles Nuisibles
UDIV	Utilisateurs de drogue par voie intraveineuse
IPT	Thérapie Préventive Intermittente
M&E /S&E	Suivi et Evaluation
MARP	Population plus vulnérable
MDG	Objectif du Millénaire pour le développement (OMD)
MICS	Ensemble d'enquête d'indicateur Multiple
MIS	Systèmes d'Information et de Gestion (SIG)
MIS	Enquêtes d'indicateur de Paludisme
MMR	Ratio de Mortalité Maternelle
MPoA	Plan d'action de Maputo
MSM	Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
NHA	Comptes Nationaux de Santé
ORID	Autres maladies infectieuses
ORS	Organisation régionale de la Santé
PAC	Soins Après Avortement
PEP	Prophylaxie post-exposition
PHC	Soins de Santé Primaire (SSP)
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
PMTE	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
DSRP	Documents de Stratégie de Réduction de Pauvreté (DSRP)
RBM	Faire Reculer le Paludisme
RH/SR	Santé de la Reproduction
SDPs	Centres de Santé

SGBV	La Violence Sexuelle Basée sur le Genre
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
SMNI	Santé Maternelle néonatale et infantile
SRDR	Santé Sexuelle et Droits liés à la Reproduction
STI	Infections Sexuellement Transmises (IST)
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies
VCT	Conseil et dépistage volontaire

1. Objet

Le présent document a pour objet de servir de guide de référence et d'outil de formation en vue d'assurer la cohérence, la justesse et la validité des rapports des États membres sur ces indicateurs, à l'aide de l'Outil d'évaluation des progrès de l'Appel d'Abuja (ACPAT) et de l'Outil d'évaluation des progrès du Plan d'action de Maputo (MPAT).

Les indicateurs portent sur le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la SRDR, le SMNI ainsi que sur le renforcement des systèmes de santé et ont été sélectionnés à partir des séries d'indicateurs des normes pertinentes, en particulier l'UNGASS, les indicateurs statistiques de la santé dans le monde, les OMD et la série initiale d'indicateurs du Plan d'action de Maputo.

Ils seront utilisés par la Commission de l'UA pour suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation de l'Appel d'Abuja ainsi que les cibles et objectifs du Plan d'action de Maputo et pour établir des rapports à cet effet. Les rapports des informations sur les progrès qu'ils ont accomplis en même temps que d'autres, seront également mis à la disposition des États membres, et les bonnes pratiques identifiées lors des évaluations seront partagées. Si les rapports sont correctement établis, analysés et diffusés, ces indicateurs serviront de base pour l'obligation de rendre compte, l'appropriation et la prise de décision en connaissance de cause en ce qui concerne les politiques et programmes sur le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la SRDR et le SMNI aux niveaux national, régional et continental en Afrique.

2. Historique

En 2005, la Commission de l'Union africaine a élaboré un Cadre d'orientation continental détaillé pour la promotion de la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction (SRDR). Ce cadre d'orientation a été adopté par la Conférence des Ministres de la santé de l'UA, qui s'est tenue à Gaborone (Botswana), en octobre 2005 et qui a, ensuite, été entériné par le Sommet de l'UA à Khartoum (Soudan), en janvier 2006. **Un plan opérationnel, connu sous le nom de Plan d'action de Maputo (MPoA) a, par la suite, été élaboré et entériné lors du Sommet de l'UA de janvier 2007**, tandis que par la Décision du Conseil exécutif EX.CL/Dec.327 (X) rev.1 « *il a été demandé à la Commission de l'Union africaine de jouer un rôle de plaidoyer, de mobiliser des ressources, de suivre, d'évaluer et de diffuser les meilleures pratiques ainsi que d'harmoniser les politiques et les stratégies* ».

Le cadre d'orientation SRDR a été élaboré pour répondre à l'appel lancé en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile en Afrique. Il a également été conçu en tant que contribution de l'Afrique à la mise en œuvre des programmes d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), étant donné que la santé et les droits liés à la reproduction des femmes constituent les principaux objectifs prioritaires de la CIPD. En outre, le cadre d'orientation continental de la SRDR visait à accélérer les actions en vue de la réalisation des OMD, en particulier ceux liés à la santé, notamment les OMD 4, 5 et 6.

En 2006, les Chefs d'État et de gouvernement de l'UA, lors d'un Sommet spécial sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, tenu à Abuja (Nigeria), du 2 au 4 mai 2006, ont adopté l'Appel d'Abuja sur « en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme par Une Afrique Unie d'ici à 2010 ». Suite à cette décision, un Plan d'action sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a été élaboré, en vue d'en accélérer la mise en œuvre dans les États membres. Lors de l'adoption de l'Appel d'Abuja, les Chefs d'État et de gouvernement ont demandé à la Commission de l'Union africaine de réaliser un examen quinquennal des progrès en 2010 et de faire rapport à la Conférence ainsi qu'aux Ministres de la santé.

Il convient de mentionner que l'élaboration et l'adoption de ces instruments d'orientation ont été guidées par la Vision, la Mission et le Cadre stratégique de la Commission de l'UA pour la période 2003-2007 et elles continuent de bénéficier des directives et du Plan stratégique pour la période 2009-2012.

Conformément à son mandat, la Commission a, en 2009, préparé et diffusé un Outil d'évaluation des progrès (PAT) aux États membres, en vue d'assurer et de l'évaluation de l'état de mise en œuvre du Plan d'action de Maputo. Ce Plan contenait 109 indicateurs qui ont été ramenés à 37 indicateurs qualitatifs et quantitatifs dans le PAT, en vue de faciliter l'établissement d'un rapport détaillé mais concis par les États membres. La Commission de l'UA a reçu des rapports complets du PAT de quarante-trois (43) États membres, qui ont été consolidés par la Commission de l'UA en vue de l'établissement d'un rapport intérimaire sur la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo.

En avril 2010, le Rapport intérimaire sur la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo a été examiné lors de la réunion des experts de l'UA, qui a été organisée par la Commission de l'UA à Addis-Abeba, et à laquelle ont participé des experts en santé, des représentants d'organisations internationales/régionales et de la société civile. Les conclusions de cette réunion qui ont, entre autres, porté sur la recommandation visant à proroger le Plan d'action de Maputo jusqu'en 2015, afin d'en accélérer la mise en œuvre, de trouver des solutions aux importants écarts et de réitérer les bonnes pratiques tirées de l'examen, ont été adoptées par la Conférence des Ministres de la Santé de l'UA, lors d'une réunion extraordinaire tenue à Genève (Suisse), le 15 mai 2010. En particulier, les Ministres de la santé ont adopté la recommandation des experts par laquelle « les indicateurs du Plan d'action de Maputo devraient être revus, afin de les aligner sur ceux des OMD liés à la santé ». Les Ministres ont demandé à la Commission de l'Union africaine de réaliser l'activité susmentionnée et de la soumettre à la Cinquième session de la Conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine (CAMH5) en 2011. Le Conseil exécutif a approuvé cette décision lors de la quinzième session de la Conférence ordinaire de l'UA.

Toujours conformément à son mandat, la Commission de l'UA a procédé, en 2010, à un examen quinquennal de la mise en œuvre des Déclarations et des Plans d'action sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Les conclusions de cet examen, y compris les recommandations visant à proroger « l'Appel d'Abuja » jusqu'en 2015, pour le faire coïncider avec les OMD et « les indicateurs de « l'Appel d'Abuja », devraient être revues et alignées sur les OMD 6 ». Les Ministres de la santé de l'UA, lors de leur session extraordinaire tenue à Genève (Suisse), le 15 mai 2010, ont approuvé ces recommandations et ont demandé à la Commission de l'Union africaine de réaliser l'activité susmentionnée et de la soumettre à la cinquième session de la Conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine (CAMH5) en 2011 ». La Conférence a approuvé cette décision lors de la 15^{ème} session de la Conférence ordinaire de l'UA, tenue à Kampala en juillet 2010.

Par la suite, le Département des affaires sociales de la Commission de l'UA a :

- Élaboré des indicateurs pour le Plan d'action de Maputo et de « l'Appel d'Abuja » qui sont alignés sur les indicateurs 4, 5 et 6 des OMD.
- Mis au point des outils de suivi et d'évaluation, ainsi qu'un cadre de suivi et d'évaluation, en vue de faciliter le suivi continu de la mise en œuvre du Plan d'action de Maputo et de « l'Appel d'Abuja », de même que des progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD d'ici à 2015.
- Organisé une réunion d'experts pour le suivi et l'évaluation par les pairs en vue de valider les indicateurs harmonisés. Cette réunion s'est tenue du 6 au 8 avril, à Nairobi (Kenya).

Les indicateurs ont été adoptés par les Ministres africains de la Santé lors la dernière conférence des Ministres africains de l'UA, qui s'est tenue du 17 au 21 avril 2011, à Windhoek (Namibie). Ces outils et ce cadre faciliteront l'établissement des rapports qui seront soumis aux Chefs d'État et de gouvernement, tel que requis par la 15^{ème} session ordinaire de la Conférence de l'UA.

Après la mise au point de ce système de suivi, les outils seront testés dans 10 États membres, afin d'évaluer leur facilité d'emploi, leur validité, leur justesse, leur cohérence ainsi que d'autres évaluations de la qualité des données. Lors de l'élaboration du présent manuel, les États membres (Ministères de la santé), ont désigné, en qualité de personnes ressources, deux agents de liaison ayant une expérience dans le domaine du suivi et de l'évaluation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNI), de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction (SRDR), et de la lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Ces agents de liaison seront orientés et formés sur le cadre du suivi et de l'évaluation, les indicateurs et les outils. Des exemplaires des outils et des manuels d'indicateurs seront mis à leur disposition et ils recevront une assistance technique pour faciliter l'établissement de leur rapport dans les délais établis.

3. Directives générales

3.1 Responsabilités institutionnelles

Les Ministères de la santé des États membres sont chargés de l'établissement des rapports, avec l'aide des ministères des finances et de l'éducation, des bureaux des ressources humaines (ORS), des CER et des partenaires de développement internationaux.

Le document de référence est divisé en deux sections; A: Appel d'Abuja et, B: Plan d'action de Maputo (MPoA).

3.2 Définitions et mesures des indicateurs

Le présent document d'orientation classe les indicateurs en deux catégories:

Classification type du suivi et de l'évaluation : suggestion, processus, produit, résultat ou impact;

Type des données: quantitatif ou qualitatif

Les indicateurs sont organisés selon les objectifs/cibles du cadre d'orientation ou des stratégies ; et pour chaque indicateur, la justification, la définition, la méthode de collecte et de calcul, la source des données secondaires et la classification des indicateurs/du type de données sont fournis.

Les sources des données secondaires sont d'autres rapports à partir desquels les données peuvent être obtenues. Lorsque d'autres sources de données ne sont pas disponibles, il faudra peut-être

mener une évaluation/ enquête rapide, pour obtenir l'information pertinente, comme dans le cas de certains indicateurs qualitatifs du MPoA.

Certaines des métadonnées dont il est question dans le présent document sont tirées des systèmes d'évaluation existants cités ci-après:

- a. PNUD : Guide des indicateurs pour le suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement : Définitions, justification, conceptset sources, 2003 ou sur le site Web : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg>
- b. En outre:
 - ✓ On peut trouver des définitions détaillées de tous les indicateurs proposés pour le suivi du VIH/sida sur www.indicatorregistry.org
 - ✓ On peut trouver des indicateurs complémentaires pour le suivi des activités conjointes VIH/tuberculose dans le guide conjoint OMS/ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes sur la tuberculose/le VIH, révisions 2009. Ou sur le site Web : www.who.int/hiv/pub/tb/hivtbmonitoring
 - ✓ On peut trouver des définitions détaillées des indicateurs complémentaires pour la tuberculose et le paludisme proposées dans le présent guide sur le site Web : www.who.int/whosis/whostat ou dans le World Health Statistics indicators: Indicator and Metadata Registry, World Health Statistics 2010

3.3 Collecte de données, analyse et établissement de rapports

Les outils d'établissement de rapport à utiliser au niveau national sont l'ACPAT et le MPAT (voir annexe)

Pour tous les indicateurs, la fréquence de l'établissement des rapports est annuelle; il importe de noter que même les indicateurs collectés lors des enquêtes effectuées sur des périodes de deux à cinq ans devraient faire l'objet d'un rapport annuel. Les chiffres issus de l'enquête la plus récente devraient faire l'objet d'un rapport et la date de l'enquête devrait être citée.

Une analyse des données sera réalisée par le Département des affaires sociales de la Commission de l'UA et des rapports d'information seront fournis lors des réunions pertinentes (Conférence des Ministres de la santé, réunions d'experts et Conférence de l'UA) tel que requis, ainsi qu'aux Ministères de la santé des États membres. Chaque année, des représentants des ministères de la santé de certains États membres présenteront des données intérimaires propres à chaque pays sur ces indicateurs, lors de réunions pertinentes, comme par exemple la CAMH, en vue de promouvoir la prise en charge par le pays et sa responsabilité.

3.4 Coordination du suivi, de l'évaluation et supervision d'appui connexe

Les rapports seront soumis chaque année pendant le **mois de février**, au cours duquel des courriels et des communications téléphoniques de rappel seront envoyés aux personnes ressources concernées.

Les fonctionnaires des CER, des ORS, de l’OMS, de l’ONUSIDA et du FNUAP, désignés pour appuyer cet exercice, mettront également à la disposition des ministères de la santé, des agents de liaison ainsi qu’un appui technique approprié pour compléter les outils.

Tous les rapports devront être reçus par le Département des affaires sociales de la Commission de l’UA, au plus tard le **28 février** à minuit.

3.5 Renforcement des capacités

Des formations seront organisées sur l’utilisation des outils, par le Département des affaires sociales de la Commission de l’UA, puis par la suite, des fonctionnaires désignés de l’OMS, de l’ONUSIDA et du FNUAP apporteront, en permanence, un appui technique.

Les deux personnes ressources du ministère de la santé s’évalueront mutuellement et fourniront une formation en cours d’emploi aux nouvelles personnes ressources.

Il sera procédé à des examens semestriels des séries d’indicateurs et des outils, ainsi que toutes les fois où d’importantes révisions seront effectuées et de nouvelles formations organisées.

SECTION A: Indicateurs de « l'Appel d'Abuja »

4A.1 VIH et SIDA

Cible 1: Réduire d'au moins 25% la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans tous les pays africains

Indicateur 1: Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH
Justification
Le VIH et le SIDA sont devenus un grave problème de santé publique dans de nombreux pays et il est important de suivre l'évolution de l'épidémie et l'impact des interventions. C'est un indicateur courant de UNGASS qui peut être collecté et testé sur le terrain. Il s'agit d'un indicateur indirect de l'incidence du VIH dans un pays qui est utilisé par toutes les parties prenantes d'un pays et qui est également une mesure de l'impact en vue de la réponse à apporter.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du pourcentage des personnes infectées par le VIH au sein des populations âgées de 15 à 24 ans. Celui-ci sera regroupé sur la base d'une diversité de source de données. Évaluation de la prévalence au niveau national à l'aide de données de surveillance du VIH dans les centres prénatals, à partir de la surveillance sentinelle dans les centres prénatals et d'autres sources de données sur la surveillance du VIH. Pour chaque source de données utilisée pour évaluer la prévalence du VIH, les définitions ci-après s'appliquent: <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives <u>Dénominateur</u> : Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps. Il faut également, lorsque cela est possible, indiquer le pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans la capitale, dans d'autres zones urbaines et en milieu rural pour permettre d'établir des estimations nationales, le cas échéant.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS, rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 2: Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tous identifient les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les importantes idées fausses concernant la transmission du VIH

Justification

L'épidémie du VIH se propage essentiellement par la transmission par voie sexuelle de l'infection à des générations successives de jeunes gens.

Une connaissance approfondie du VIH et du SIDA est une condition préalable essentielle – quoique, souvent une condition pas suffisante – pour l'adoption de comportements qui réduisent le risque de transmission du VIH.

Le présent indicateur a pour objet d'évaluer les progrès réalisés en vue d'une connaissance universelle des faits essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Par le biais d'enquêtes basées sur les populations représentatives, de préférence tous les deux ans et au moins tous les quatre à cinq ans. Les cinq questions ci-après sont posées aux personnes interrogées :

1. Le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle, non infecté peut-il réduire le risque de transmission du VIH?
2. L'utilisation de préservatifs peut-il réduire le risque de transmission du VIH?
3. Une personne apparemment en bonne santé peut-elle avoir le VIH?
4. Peut-on attraper le VIH à partir de piqûres de moustiques?
5. Peut-on attraper le VIH en partageant un repas avec une personne qui est infectée?

Numérateur: Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont donné des réponses correctes à toutes les cinq questions

Dénominateur: Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu y compris en disant « ne sais pas », à toutes les cinq questions.

Les résultats des indicateurs sont requis pour toutes les personnes interrogées et devraient être ventilés par sexe et par groupe d'âge (15-19 et 20-24).

Les sources de données sont EDS enquêtes CAP.

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

Rapport UNGASS, rapport OMD

Classification des indicateurs, type des données

Impact, quantitatif

Responsabilité institutionnelle

Classification des indicateurs, type des données

Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 2: Protéger et soutenir en 2015, 5 millions d'enfants orphelins à cause du SIDA et veiller à ce que 100% des orphelins et des enfants vulnérables aient accès aux services de base

Indicateur 3: Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

Justification

En raison de l'épidémie du VIH/sida, de plus en plus d'enfants deviennent orphelins. Ceux-ci courent peut-être davantage que leurs semblables dont les parents sont encore en vie, le risque d'être négligés par la communauté et les gouvernements. Les enfants orphelins à cause du SIDA sont susceptibles d'abandonner l'école en raison de la discrimination, du stress émotionnel, de l'incapacité à payer les frais scolaires et /ou de la nécessité de s'occuper de parents ou de tuteurs infectés par le VIH, ou de frères ou sœurs plus jeunes, ce qui fait que les enfants orphelins font de plus en plus face à un futur incertain.

Le suivi des variations des différents résultats concernant les orphelins et la comparaison de ceux-ci avec leurs semblables donne une idée de la façon dont les communautés et les gouvernements réagissent face à leurs besoins. La fréquentation scolaire des enfants est l'un des indicateurs qui permet d'évaluer la situation des enfants orphelins par rapport à celle de leurs semblables.

Le présent indicateur a pour objet de suivre dans quelle mesure les programmes d'appui aux victimes du SIDA réussissent à garantir des possibilités d'éducation aux enfants orphelins. À des fins de comparaison, l'indicateur porte exclusivement sur les enfants âgés de 10 à 14 ans, étant donné que l'âge d'entrée à l'école varie selon les pays.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou autres enquêtes représentatives)

Pour tout enfant de 10 à 14 ans vivant dans un foyer, on pose à un membre du foyer les questions suivantes :

1. La mère biologique de cet enfant est-elle toujours en vie ? Si oui, vit-elle sous votre toit ?
2. Le père biologique de cet enfant est-il toujours en vie ? Si oui, vit-il sous votre toit ?
3. Cet enfant a-t-il fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire ?

Partie A : Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans

Le calcul est effectué comme suit:

Numérateur: Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui sont encore scolarisés.

Dénominateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents

Partie B : Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux (Le présent indicateur devrait être indiqué, ventilé par sexe).

Numérateur: Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

Rapport UNGASS, rapport OMD

Classification des indicateurs, type des données

Impact, quantitatif

Responsabilité institutionnelle

Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 3: 100% des femmes enceintes ont accès à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT), et au traitement pour les femmes et les enfants séropositifs

Indicateur 4: Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.
Justification
Le présent indicateur a pour objet d'évaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). En l'absence de toutes interventions préventives, les nourrissons nés de mères séropositives et nourris au sein ont généralement une chance sur trois d'être infectés eux-mêmes. L'infection peut intervenir au cours de la grossesse, pendant le travail et l'accouchement ou après l'accouchement par l'allaitement au sein. Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être sensiblement réduit, grâce à des méthodes complémentaires de régimes antirétroviraux pour la mère et/ou le nourrisson, la mise en œuvre de pratiques saines d'accouchement et l'utilisation de pratiques sécurisées d'allaitement du nourrisson.
Définition sommaire, méthodes de collecte et de calcul
Pour le numérateur : instruments de suivi du programme, tels que dossiers des patients et formulaires de notification succincts. Pour le dénominateur : enquêtes de surveillance des dispensaires prénatals associées à des données démographiques, ou modèles d'estimation tels que Spectrum <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant <u>Dénominateur</u> : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS,
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 5: Pourcentage des femmes enceintes qui fréquentent des centres de soins prénatals qui ont été testées pour le VIH et qui connaissent leurs résultats
Justification
Pour permettre aux femmes de se protéger et d'éviter d'infecter leur bébé, il est important qu'elles connaissent leur état sérologique concernant le VIH.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Données issues des registres des centres de soins prénatals. Les données devraient être collectées sur une base continue au niveau des centres de santé. Elles devraient être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres. <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes qui fréquentent des centres de soins prénatals qui ont été testées pour le VIH au cours des douze derniers mois et qui connaissent les résultats. <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes enceintes qui se sont rendues dans des centres de soins prénatals au cours des douze derniers mois. Les sources de données comprennent les données de routine.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS,
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif

Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLs des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.
Indicateur 6: Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH
Justification
Dans les pays à faibles revenus, de nombreuses difficultés se posent quant à la mise en œuvre des stratégies destinées à réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Néanmoins, d'importantes réductions de la transmission mère-enfant peuvent être obtenues grâce à des méthodes comme la prophylaxie antirétrovirale à court terme. Le présent indicateur mesure l'efficacité des programmes PTME dans un pays, et vise donc à évaluer les progrès réalisés en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Spectrum ou autre modélisation statistique fondée sur la couverture programmatique et les études d'efficacité L'indicateur sera calculé en prenant la moyenne pondérée des probabilités de transmission mère-enfant pour les femmes enceintes qui reçoivent ou ne reçoivent pas de traitement prophylactique du VIH, les éléments pondérateurs étant la proportion de femmes qui reçoivent ou ne reçoivent pas divers schémas prophylactiques. <u>Interprétation</u> : Cet indicateur se focalise sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par le biais de la fourniture accrue d'antirétroviraux. Le logiciel d'estimation du VIH, Spectrum, tient compte du type de schéma thérapeutique ainsi que d'autres facteurs qui influent sur les taux de transmission du VIH comme les pratiques d'alimentation du nourrisson.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLs des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 4: 100% des personnes qui en ont besoin, en particulier les enfants, ont accès aux traitements de lutte contre le VIH/sida, notamment aux antirétroviraux, ainsi qu'à des soins et à un appui.

Indicateur 7: Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux
Justification
À mesure que l'épidémie du VIH prend de l'ampleur, un nombre de plus en plus grand de personnes atteignent des stades avancés de l'infection à VIH. Il a été prouvé que grâce à la thérapie antirétrovirale la mortalité diminue chez les personnes infectées. Le présent indicateur évalue les progrès réalisés dans la fourniture d'une thérapie associée d'antirétroviraux à toutes les personnes ayant un degré d'infection à VIH avancé.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Pour le numérateur : les registres de thérapie antirétrovirale de l'établissement ou du système de gestion de l'approvisionnement pharmaceutique. Pour le dénominateur : les modèles d'estimation de la prévalence du VIH tels que Spectrum <u>Numérateur</u> : Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports.

Dénominateur: Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé. Cet indicateur doit être ventilé par sexe et par âge (moins de 15 ans, plus de 15 ans)
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 5: Permettre à 100% des personnes infectées par le VIH de bénéficier de soins et d'assistance, y compris du traitement des maladies opportunes ainsi que des soins psychologiques d'accompagnement

Indicateur 8: Proportion des associations/des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) qui participent à l'élaboration de politiques, à la mise en œuvre de programmes ainsi qu'au suivi et à l'évaluation
Justification
La participation des associations/réseaux des PVVIH à l'élaboration de politiques, à la planification, à la mise en œuvre ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des interventions de lutte contre le VIH/sida, renforce l'importance de ces interventions, réduit la stigmatisation, encourage la prise en compte des besoins des PVVIH et donne à la Pandémie un aspect plus humain.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le présent indicateur est calculé à partir des données obtenues auprès d'associations et de réseaux d'associations de PVVIH d'une part, et de la coordination de la lutte contre le SIDA d'autre part. Numérateur: Nombre d'associations/de réseaux d'associations qui indiquent qu'ils participent à l'une quelconque des activités ci-après : élaboration de politiques, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des interventions de lutte contre le VIH/sida au cours des douze derniers mois. Dénominateur: Nombre d'associations et réseaux d'associations existants et actifs dans le pays au cours des douze derniers mois.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Aucune source de données secondaires. Une évaluation rapide peut être nécessaire
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 6: 100% des populations cibles ont accès au conseil et au test volontaire (VCT)

Indicateur 9: Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
Justification
L'orientation et le dépistage du VIH constituent la première étape vers la diminution du fardeau mondial causé par le VIH/sida. Des services de traitement peuvent donc être fournis aux patients infectés et les mesures de prévention peuvent être accélérées pour éviter à d'autres d'être infectés. Plus les dépistages sont acceptés, plus le silence est rompu et la stigmatisation limitée.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
<p>La mesure se fait habituellement par le biais d'enquêtes basées sur les populations (Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes des indicateurs du SIDA, Enquêtes multiples des groupes d'indicateurs ou autre enquête représentative).</p> <p>Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois? Si oui: 2. Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous reçu les résultats de ce test? <p>Numérateur: Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test VIH et qui en connaissent le résultat</p> <p>Dénominateur: Nombre total des répondants de 15 à 49 ans.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans</p> <p>Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida.</p>
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 7: 100% du sang et des produits sanguins sont sûrs afin de réduire le taux de transmission du VIH/sida.

Indicateur 10: Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH
Justification
Evaluer les progrès réalisés en matière de tests de qualité des dons de sang.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
L'information porte sur les données collectées au cours des 12 derniers mois (janvier-décembre). Cette information doit provenir du Service national de transfusion sanguine ou des responsables du Service national de transfusion sanguine auprès du Ministère de la santé. Les informations ci-après sont nécessaires pour mesurer cet indicateur : 1. Nombre total d'unités de sang recueillies dans le pays. 2. Pour tous les centres de transfusion et les laboratoires de dépistage sanguin qui recherchent le VIH sur les dons de sang : i. Nombre de dons de sang reçus par les centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ; ii. Nombre de dons de sang testés dans le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin ; iii. Savoir si le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin suit les modes opératoires normalisés en matière de dépistage du VIH ; iv. Savoir si le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin participe à un système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH. Ces informations permettent de calculer l'indicateur comme suit : <u>Numérateur</u> : Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage de qualité. Aux fins de la collecte des données, le dépistage de qualité est un dépistage réalisé dans des centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ayant : i) suivi des modes opératoires normalisés et ii) participé à un système d'assurance externe de la qualité. <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'unités provenant de dons Dans le cas présent, on entend par dons tout sang recueilli à des fins médicales de tous types de donneurs, rémunérés ou non.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS, CNTS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 8: 100% des populations cibles ont accès aux préservatifs et en font usage pour garantir la prévention du VIH.

Indicateur 11 Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
Justification
L'utilisation du préservatif est une importante mesure de protection contre le VIH, en particulier chez les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples. Une augmentation de l'indicateur est le signe que les campagnes de promotion pour l'utilisation du préservatif ont l'effet recherché au sein du principal groupe cible. Toutefois, les campagnes de promotion pour l'utilisation du préservatif visent à une utilisation constante des préservatifs avec des partenaires non réguliers, plutôt qu'une simple utilisation occasionnelle. Le présent indicateur est donc jugé approprié pour aborder la cible, étant donné qu'on suppose que si une utilisation constante augmente, l'utilisation en dernier recours, face à un comportement sexuel à haut risque augmentera également. L'utilisation du préservatif en dernier recours

face à un comportement sexuel à haut risque est le pourcentage de jeunes hommes et de jeunes femmes âgés de 15 à 49 ans qui indiquent avoir utilisé un préservatif pendant un rapport sexuel avec un partenaire sexuel avec lequel ils ne vivent pas, avec lequel ils ne sont pas mariés au cours des douze derniers mois.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives). Si les personnes interrogées répondent oui à la question de savoir si elles ont déjà eu un rapport sexuel, on leur pose la question suivante : 1. Avec combien de partenaires occasionnels avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? S'il y en a eu plus qu'un, on leur pose la question suivante : 2. Avez-vous ou votre partenaire utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ? <u>Numérateur</u> : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. L'indicateur doit faire la distinction entre les pourcentages relatifs aux femmes et aux hommes et être ventilé par groupes d'âge (15-19 ans, 20-24 ans et 25-49 ans).
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS, rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 9: 100% des populations qui sont les plus exposées au risque (MARP), y compris les réfugiés et les autres personnes déplacées ont accès à la prévention, au traitement contre le VIH, aux soins et à l'appui lorsque ceux-ci sont disponibles pour les populations hôtes avoisinantes.

Indicateur 12: Pourcentage des populations les plus exposées au risque (y compris les réfugiés et les autres personnes déplacées) ont accès aux programmes de prévention du VIH.
Justification
Il importe que les groupes et les populations les plus exposées au risque (MSM, professionnels du sexe, UDIV, réfugiés et autres personnes déplacées) aient accès aux services existants, afin de réduire le risque de transmission à partir des réserves virales.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
A l'aide de la surveillance du comportement ou d'autres enquêtes spéciales, il leur est demandé si au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, ils ont bénéficié des interventions de prévention (par exemple: ont vu/écouté des annonces sur le VIH, reçu du matériel de communication pour le changement de comportement (BCC), fait l'objet d'orientation et de dépistage du VIH, reçu des préservatifs, etc.), eu des conversations avec des éducateurs sur le VIH, etc. <u>Numérateur</u> : Nombre de personnes interrogées les plus exposées au risque qui ont répondu « oui » à au moins l'une des questions <u>Dénominateur</u> : Nombre total des personnes interrogées ayant fait l'objet d'enquête Les données collectées pour le présent indicateur devront faire l'objet de rapports distincts pour chacune des populations les plus exposées au risque (MSM, UDIV, réfugiés et autres personnes déplacées) et être ventilées par sexe et par groupe d'âge (15–19, 20–24 et 25–49 ans).
Unité de mesure

Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport UNGASS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLs des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 10: 100% de tous les patients ayant accès aux soins et aux services d'appui pour le VIH qui sont soumis à un test de dépistage pour la tuberculose en vue d'assurer une détection et un traitement précoces.

Indicateur 13: Pourcentage des patients qui reçoivent des soins et des services d'appui pour le VIH qui sont soumis à un test de dépistage pour la tuberculose
Justification
La tuberculose est l'une des causes les plus communes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même ceux qui suivent une thérapie antirétrovirale. Un dépistage intensif de la tuberculose et l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de la tuberculose, conformément aux directives internationales/nationales est essentiel pour améliorer la qualité et la durée de vie des populations vivant avec le VIH/sida grâce à une détection et un traitement précoces. L'infection à VIH est le facteur le plus important qui augmente le risque d'attraper la tuberculose. La mise en œuvre du programme de lutte contre le VIH/sida devrait donc être étroitement liée au programme de prévention et de lutte contre la tuberculose. Le présent indicateur aide à évaluer la gestion et la collaboration entre les programmes de traitement du VIH et de la tuberculose, étant donné que le succès de la collaboration peut conduire à un traitement et à une lutte efficace chez les malades infectés à la fois par le VIH et la tuberculose.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Des données administratives de routine devraient être collectées de façon constante au niveau des centres de santé. <u>Numérateur</u> : Les patients qui reçoivent des soins et des services d'appui pour le VIH et qui sont soumis à des tests de dépistage de la tuberculose <u>Dénominateur</u> : Les patients qui reçoivent des soins et des services d'appui au VIH.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLs des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 11: 100% des malades de la tuberculose séropositifs ont accès au traitement antirétroviral.

Indicateur 14: Pourcentage de malades de la tuberculose séropositifs qui reçoivent un traitement pour le VIH et la tuberculose en cas d'infections multiples
Justification
La tuberculose est l'une des causes les plus répandues de morbidité et de mortalité chez les populations vivant avec le VIH, même chez ceux qui suivent une thérapie antirétrovirale. Un dépistage intensif de la tuberculose et l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de la tuberculose conformément aux directives

internationales/nationales est essentiel pour améliorer la qualité et la durée de vie des populations vivant avec le VIH/sida, grâce à une détection et un traitement précoces. L'infection à VIH est le facteur le plus important qui augmente le risque d'attraper la tuberculose. L'application du programme de lutte contre le VIH/sida devrait donc être étroitement liée au programme de prévention et de lutte contre la tuberculose. Le présent indicateur aide à évaluer la gestion et la collaboration entre les programmes de traitement du VIH et de la tuberculose, le succès de la collaboration pouvant déboucher sur un traitement et une lutte efficaces chez les malades infectés à la fois par le VIH et la tuberculose.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Les données et les estimations des programmes des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH devraient être collectées sur une base continue au niveau des centres de santé. Les données devraient être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et faire l'objet de rapport annuels. L'année la plus récente pour laquelle des données et des estimations sont disponibles devrait être indiquée ici. <u>Numérateur</u> : Nombre d'adultes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent actuellement des médicaments antirétroviraux, conformément au protocole médicamenteux approuvé au niveau national (ou selon les normes de l'OMS/ONUSIDA) et qui ont démarré par un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année du rapport. <u>Dénominateur</u> : Nombre estimatif des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Les données devraient être ventilées par sexe.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé, CNLS, PNLS des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4A.2 TUBERCULOSE

Cible 12: Améliorer rapidement les taux de succès de la détection et du traitement des cas de tuberculose à l'aide d'une couverture DOTS élargie aux niveaux national et du district

Indicateur 15: Taux de détection des cas de tuberculose
Justification
Le taux de détection des cas de tuberculose donne une indication de l'efficacité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose au niveau de la recherche et du diagnostic chez les personnes vivant avec la tuberculose.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le taux de détection de la tuberculose est le pourcentage estimatif des nouveaux cas de tuberculose infectieuse détectés dans le cadre de la stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée au niveau international. DOTS : DOTS regroupe cinq éléments- l'engagement politique, les services du microscope, la fourniture de médicaments, les systèmes de surveillance et de suivi ainsi que l'usage de régime hautement efficace – assortie d'une observation directe du traitement. <u>Numérateur</u> : Le nombre de notifications des nouveaux cas à frottis positif au cours d'une année <u>Dénominateur</u> : Le nombre estimatif des nouveaux cas à frottis positif dans un pays au cours de cette année. Pour certains pays il existe une marge d'incertitude au niveau de l'estimation du dénominateur. Cet indicateur est exprimé en tant que ratio.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD, OMS

Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 16: Taux de succès du traitement
Justification
Il est essentiel d'éviter la propagation de l'infection et la résistance au médicament. Le présent indicateur permet d'évaluer la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose et mesure la capacité du programme à garder les malades pendant toute la durée d'une séance de chimiothérapie assortie de résultats cliniques favorables
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le pourcentage d'une cohorte de cas de tuberculose enregistrés au cours d'une période donnée qui a achevé avec succès le traitement, que ce soit à l'aide de preuves de succès bactériologiques (« guéri ») ou sans (« traitement achevé »). La cohorte des nouveaux cas à frottis positif traités avec succès est calculée de la façon suivante: <u>Numérateur</u> : Nombre de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours d'une période donnée qui ont guéri (c'est à dire que le laboratoire a confirmé des résultats négatifs à la fin du traitement), plus le nombre de ceux qui ont achevé le traitement <u>Dénominateur</u> : Nombre total de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours de la même période
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD, OMS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 17: Couverture DOTS
Justification
La couverture DOTS est un indicateur qui est particulièrement utile dans les premiers stades de la mise en œuvre de DOTS. Mais il est également assez simpliste, étant donné qu'il ne mesure que la présence ou l'absence de services DOTS dans une région administrative donnée.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le présent indicateur mesure l'importance des populations d'un pays « couvertes » par DOTS. L'objectif consiste à couvrir 100% de la population. C'est le Pourcentage de la population qui vit dans la zone des unités de gestion de base qui appliquent la stratégie DOTS. <u>Numérateur</u> : Population vivant dans la zone des unités de gestion de base qui applique la stratégie DOTS <u>Dénominateur</u> : Total de la population
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de

Cible 13: Améliorer la détection et le traitement des cas de tuberculose à bacilles multi résistants

Indicateur 18: Surveillance de la tuberculose à bacilles multi résistants
Justification
L'émergence de la multi résistance aux médicaments constitue une menace aux efforts de lutte en vigueur
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le programme national de lutte contre la tuberculose évalue la prévalence de la tuberculose à bacilles multi résistants au moins une fois tous les cinq ans. C'est un indicateur qui est positif, et/ou négatif. <u>Que mesure-t-il:</u> Le présent indicateur mesure la disponibilité d'informations sur l'efficacité des médicaments chez les malades de la tuberculose nouvellement ou précédemment traités, notamment tout au moins à l'isoniazide et à la rifampicine), sur la base d'enquêtes nationales ou sous-nationales représentatives. Cette information sert à suivre la qualité du programme, parce que les taux de prévalence de la tuberculose à bacilles multi résistants donnent une indication de l'efficacité potentielle des régimes de traitement, la charge attendue de malades de la tuberculose à bacilles multi résistants pour des décisions concernant le programme relatif à la mise en œuvre du traitement des malades de la tuberculose à bacilles multi résistants chronique, ainsi que la nécessité des ressources. <u>Comment le mesurer:</u> Une réponse « oui » au présent indicateur devra être basée sur la disponibilité de données issues d'une enquête nationale ou sous-nationale représentative, suivant les protocoles et les mécanismes d'assurance de la qualité de l'OMS sur la surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux. Les sources des données sont des données de programmes et des rapports nationaux sur la tuberculose
Unité de mesure
Oui/Non
Source de données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, qualitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 14: Renforcer les interventions en vue de gérer ensemble la tuberculose et le VIH, y compris par un accès amélioré à une thérapie antirétrovirale pour les malades de la tuberculose qui sont également infectés par le VIH et à la chimioprophylaxie pour lutter contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Indicateur 19: Prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose
Justification
Évaluer la prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose est une étape importante dans la planification des activités de lutte contre la tuberculose, la planification et le ciblage des activités intégrées de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que le suivi de l'efficacité de ces activités au fil du temps.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Nombre de tous les nouveaux malades de la tuberculose enregistrés qui sont séropositifs, exprimé en tant que pourcentage de tous les malades de la tuberculose enregistrés. <u>Numérateur:</u> Nombre total des nouveaux malades de la tuberculose enregistrés (enregistrés au cours d'une période de temps donnée) qui sont séropositifs <u>Dénominateur:</u> Nombre total des nouveaux malades de la tuberculose enregistrés (enregistrés au cours d'une période de temps donnée) qui ont été testés pour le VIH

Devrait être collecté systématiquement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Les sources de données incluent les données de routine.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 15: 100% des malades de la tuberculose ont accès aux services de dépistage et d'orientation pour le VIH.

Indicateur 20: Pourcentage des malades de la tuberculose qui ont bénéficié des services de dépistage et d'orientation pour le VIH
Justification
La tuberculose est l'une des causes les plus répandues de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même ceux qui suivent une thérapie antirétrovirale. Le renforcement de la recherche des cas de tuberculose et l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de la tuberculose conformément aux directives internationales/nationales est essentiel pour améliorer la qualité et la durée de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, grâce à une détection et un traitement précoces. Il est important de mesurer le pourcentage des malades de la tuberculose séropositifs qui ont accès à un traitement approprié pour leur tuberculose et leur VIH. Cet indicateur permet d'évaluer la gestion et la collaboration entre les programmes des traitements du VIH et de la tuberculose, une collaboration fructueuse pouvant permettre un traitement et un suivi efficaces des malades infectés à la fois par le VIH et la tuberculose.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes interrogées (malades de la tuberculose) qui se sont vu offrir des services de dépistage et d'orientation pour le VIH. <u>Dénominateur</u> : Nombre total de malades de la tuberculose inclus dans l'échantillon. Devrait être collecté systématiquement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Les sources de données incluent les EDS et MICS.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4A.3 PALUDISME

Cible 16: D'ici à 2015 : La couverture universelle se poursuit à l'aide d'interventions efficaces, la mortalité aux niveaux mondial et national est proche de zéro pour tous les décès évitables.

Indicateur 21: Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée.
Justification

Dans les zones à forte transmission du paludisme, la morbidité et la mortalité liées au paludisme se retrouvent essentiellement chez les jeunes enfants, et il a été prouvé que l'utilisation de moustiquaires imprégnées par les enfants de moins de cinq ans réduit considérablement l'incidence du paludisme, de l'anémie liée au paludisme et toutes les causes de mortalité des moins de cinq ans.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Les données proviennent des enquêtes nationales sur les ménages représentatifs, telles que les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les Enquêtes sur les groupes d'indicateur multiples (MICS) les Enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS) et les questions « annexes » sur d'autres enquêtes basées sur les populations représentatives qui incluent des questions le fait de savoir si les enfants de moins de cinq ans ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée. <u>Numérateur</u> : Le nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête <u>Dénominateur</u> : Le nombre total d'enfants âgés de 0 à 59 mois figurant dans l'enquête
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 17: L'incidence au niveau mondial est réduite de 75% par rapport au niveau de 2000 : moins de 85 à 125 million de cas.

L'Objectif du Millénaire pour le Développement lié au paludisme est atteint : mettre fin et commencer à inverser l'incidence du paludisme d'ici à 2015 ; et au moins huit à dix pays actuellement au stade de l'élimination auront atteint l'incidence zéro de l'infection transmise au niveau local.

Indicateur 22: Taux d'incidence du paludisme
Justification
Les informations sur l'incidence du paludisme sont requises pour déterminer les besoins du traitement du paludisme, en particulier pour les populations mal desservies ainsi qu'en cas de ressources limitées, en vue de cibler les interventions vers les zones hautement prioritaires. Les changements intervenus dans l'incidence du paludisme donnent une idée du fardeau de la maladie au sein d'une population, ainsi que de l'ampleur de la tâche à laquelle est confronté le programme national de lutte contre le paludisme. Elle peut aider à juger du succès de la mise en œuvre du programme et permettre de déterminer si les programmes sont aussi performants que prévu, ou si des ajustements au niveau de la portée ou du mixage des stratégies sont nécessaires.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
L'incidence du paludisme c'est le nombre de nouveaux cas de paludisme pour 100 000 personnes chaque année. <u>Numérateur</u> : Nombre de nouveaux cas de paludisme <u>Dénominateur</u> : Population totale Les taux d'incidence sont ajustés à la baisse pour les populations qui vivent en zone urbaine ainsi que pour l'impact prévu pour les programmes portant sur les moustiquaires imprégnées (ITN) et l'IRS.
Unité de mesure
Pour 100000
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données

Impact, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 23: Taux des décès liés au paludisme
Justification
Les informations sur les taux des décès liés au paludisme peuvent permettre de juger du succès de la mise en œuvre du programme, et peut mettre l'accent sur les insuffisances des programmes en ce qui concerne la lutte contre le paludisme ou l'accès à un traitement efficace.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le taux des décès liés au paludisme c'est le nombre des décès causés par le paludisme au sein d'une population de 100 000 chaque année. Le nombre des décès liés au paludisme est calculé grâce à l'une de ces deux méthodes: (i) En multipliant le nombre estimatif de cas de paludisme dus au <i>P. falciparum</i> dans un pays par un taux fixe de décès par cas. Cette méthode est utilisée pour tous les pays en dehors de l'Afrique et pour les pays africains où les estimations de l'incidence des cas proviennent de systèmes d'établissement systématique de rapport et où le paludisme entraîne moins de 5% de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans, tel que décrit dans le Global Burden of Disease Incremental Revision de 2004 (GBD2004). Un taux de décès par cas de 0,45% est appliqué au nombre estimatif de cas de <i>P. falciparum</i> pour les pays de l'Afrique et un taux de décès par cas de 0,3% pour les cas de <i>P. falciparum</i> dans les autres régions. ¹ (ii) Pour les pays d'Afrique où le paludisme entraîne 5% ou plus de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans, le nombre des décès provient d'une évaluation du nombre des personnes vivant avec un risque élevé, faible ou nul de paludisme. Les taux de décès liés au paludisme pour ces populations sont tirés d'études longitudinales des décès liés au paludisme, tel qu'enregistré dans les documents publiés.
Unité de mesure
Pour 100 000
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 24: Proportion de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée et/ou traités aux insecticides au cours des 12 derniers mois.
Justification
Le présent indicateur mesure le succès ou l'échec de la mise en œuvre des programmes de lutte en ce qui concerne la lutte contre le paludisme. D'ici à 2015 : la couverture universelle se poursuit avec des interventions efficaces pour la lutte contre le paludisme ; elle porte sur: <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité de moustiquaires imprégnées dans les ménages ou le traitement aux insecticides • Le fait de dormir sous des moustiquaires imprégnées • Un traitement approprié et précoce
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
<u>Numérateur</u> : Des ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée et/ou traités aux insecticides au cours des 12 derniers mois. <u>Dénominateur</u> : Nombre estimatif de ménages.
Unité de mesure
Pourcentage

Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 25: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement contre le paludisme conformément à la politique nationale, dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre.

Justification

Un traitement rapide à l'aide de médicaments contre le paludisme efficace pour des enfants qui font de la fièvre dans les zones infestées par le paludisme est une intervention clé pour réduire la mortalité. Outre le fait d'être cité comme un objectif mondial de l'OMD6, le traitement efficace du paludisme est également identifié par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale comme l'une des principales interventions permettant de réduire le fardeau du paludisme en Afrique. On s'est aperçu que l'IPT de lasulfadoxinepyriméthamine (SP) administré à des femmes enceintes réduisait le risque d'anémie maternelle, de parasitémie placentaire et un faible poids à la naissance. L'IPT administré aux femmes enceintes est donc un élément essentiel de la stratégie technique de lutte et de prévention du paludisme pendant la grossesse. Cet indicateur prend en compte l'utilisation au niveau national de l'IPT pour éviter le paludisme chez les femmes enceintes.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Pourcentage des enfants âgés de moins de 5 ans qui font de la fièvre dans les zones infestées par le paludisme, qui sont traités avec des médicaments efficaces contre le paludisme.

Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement contre le paludisme conformément à la politique nationale, dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre

Dénominateur: Nombre estimatif des enfants de moins de 5 ans qui ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

Rapport OMD

Classification des indicateurs, type des données

Résultats, quantitatif

Responsabilité institutionnelle

Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 26: Proportion des femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse**Justification**

Un traitement rapide à l'aide de médicaments efficaces contre le paludisme pour des enfants qui font de la fièvre dans les zones infestées par le paludisme est une intervention clé pour réduire la mortalité. Outre le fait d'être cité comme un objectif mondial de l'ODD6, un traitement efficace contre le paludisme est également identifié par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale comme l'une des principales interventions permettant de réduire le fardeau du paludisme en Afrique. On s'est aperçu que l'IPT de la sulfadoxinepyriméthamine (SP) administré à des femmes enceintes réduisait le risque d'anémie maternelle, de parasitémie placentaire et un faible poids à la naissance. L'IPT administré à des femmes enceintes est donc un élément essentiel de la stratégie technique de lutte et de prévention du paludisme pendant la grossesse. Cet indicateur prend en compte l'utilisation au niveau national de l'IPT pour éviter le paludisme chez les femmes enceintes.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Numérateur: Nombre de femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse

Dénominateur: Nombre estimatif des femmes enceintes.

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

Rapport OMD

Classification des indicateurs, type des données

Résultats, quantitatif

Responsabilité institutionnelle

Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4A.4 RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ**Indicateur 27: Dépenses générales publiques de santé en tant que pourcentage du total des dépenses publiques****Indicateur 28: Dépenses générales publiques de santé en tant que pourcentage des dépenses totales de santé****Indicateur 29: Dépenses personnelles en tant que % des dépenses totales de santé****Justification**

Ce sont des indicateurs clés des systèmes de financement de la santé. Ces indicateurs permettent de comprendre l'importance relative des pouvoirs publics dans les dépenses totales de santé. L'appel d'Abuja plaide pour l'allocation de 15% du budget national à la santé.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Ces données proviennent des sources que l'OMS collectées depuis 10 ans. Les données les plus détaillées et les plus cohérentes sur le financement de la santé proviennent des Comptes nationaux de la santé (COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ). Tous les pays ne disposent pas ou n'ont pas actualisé leurs comptes nationaux de la santé et, en pareils cas, les données sont obtenues par le biais de contacts techniques dans les pays ou à partir de documents et de rapports mis à la disposition du public et harmonisées par rapport au cadre du COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ. Les valeurs qui ne figurent pas dans ces documents sont évaluées à l'aide de différentes techniques comptables basées sur les données disponibles pour chaque pays.

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

OMS

Classification des indicateurs, type des données

Résultats, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 30: Pourcentage de la population couverte par un programme lié à la demande (assurance sociale santé, assurance communautaire)

Justification
Il s'agit d'un indicateur important des systèmes de financement de la santé qui permet de comprendre la contribution du secteur public aux dépenses totales de santé. Cet indicateur mesure la couverture des mécanismes des financements de la santé de la communauté ou l'assurance sociale santé au sein de la population.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes couvertes par un programme lié à la demande <u>Dénominateur</u> : Estimation de la population. Voir Comptes nationaux de santé
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
-
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 31: Nombre d'agents de santé pour 10 000 personnes

Justification
Il s'agit d'un indicateur des effectifs de la santé. Il fournit le total de tous les agents de santé par rapport à la population et peut être utilisé à des fins de plaidoyer. La mesure et le suivi de la disponibilité des agents de santé est un point de départ essentiel pour comprendre la situation des ressources dans le système de santé d'un pays. La faible densité du personnel de santé laisse habituellement supposer une capacité insuffisante pour faire face à une couverture minimale des services essentiels.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Densité des agents de santé pour 10 000 personnes. L'OMS recommande 23 agents de santé pour 10 000 personnes. Les données provenant de l'évaluation des centres de santé et des systèmes administratifs de notification peuvent être basés sur le décompte des employés, les registres du personnel, les registres des salaires, des registres de formation, ou comparés à d'autres types de registres administratifs habituels sur les ressources humaines. <u>Numérateur</u> : Nombre estimatif de personnel de la santé par groupe professionnel: Médecins, infirmiers et sages-femmes. <u>Dénominateur</u> : Estimation de la population nationale Cet indicateur doit être regroupé en groupe professionnel (médecins, infirmiers et sages-femmes).
Unité de mesure
Pour 10000
Source de données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 32: Proportion des populations ayant accès à des médicaments essentiels à des coûts

abordables sur une base durable
Justification
La huitième cible des Objectifs du Millénaire pour le Développement reconnaît la nécessité d'améliorer la disponibilité des médicaments à des coûts abordables pour les pauvres dans le monde. Plusieurs pays ont réalisé des progrès importants en vue d'accroître l'accès aux médicaments essentiels et aux traitements, afin de lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, mais l'accès aux médicaments essentiels n'est pas approprié dans les pays en développement. Les médicaments essentiels devraient être disponibles dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels à tout moment, en quantité suffisante, et selon le dosage requis. Le présent indicateur suit l'accès aux médicaments essentiels qui est étroitement lié aux prestations de services et à la gouvernance.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
L'accès se définit par le fait d'avoir des médicaments constamment disponibles et à des coûts abordables dans les centres de santé publics ou privés, ou dans les officines médicales qui sont situées à une heure de marche du domicile des populations. Compte tenu de sa complexité, une image d'ensemble du degré d'accès aux médicaments essentiels ne peut être donnée qu'en utilisant une série d'indicateurs d'accès aux médicaments de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui fournit des données sur la disponibilité des médicaments et les prix dans les secteurs tant publics que privés, en association avec d'importants indicateurs, qui sont: <ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux médicaments/technologies essentiels dans le cadre du respect du droit à la santé reconnu par la Constitution ou les législations nationales. • L'existence et l'année de la dernière mise à jour d'une politique nationale des médicaments publiée. • L'existence et l'année de la dernière mise à jour d'une liste nationale des médicaments essentiels publiée. • Les dispositions légales pour permettre/encourager le remplacement par des génériques dans le secteur privé. • Les dépenses publiques et privées par habitant en matière de médicament. • Le pourcentage de la population couverte par une assurance maladie. • La disponibilité moyenne de 30 médicaments essentiels sélectionnés dans les centres de santé publics et privés. • Le ratio du prix moyen par consommateur de 30 médicaments essentiels sélectionnés dans les centres de santé publics et privés. • La marge ou le bénéfice (en pourcentage) entre le prix du producteur et celui du consommateur <p><u>Méthode de calcul:</u> L'Organisation Mondiale de la Santé suit régulièrement l'accès à un minimum des 20 médicaments les plus essentiels.</p> <p><u>Collecte et sources des données:</u> Le programme d'action des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé interroge périodiquement les experts dans chaque pays sur la situation pharmaceutique, leur demande de noter l'accès des populations aux médicaments essentiels à moins de 50 %, 50 à 80 %, 80 à 95% ou plus de 95 % (Comité des experts de l'OMS sur les médicaments essentiels, novembre 1999).</p>
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
OMS, rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 33: Existence d'un plan national de suivi et d'évaluation pour chaque maladie
Justification

<p>La mise au point d'un plan coordonné pluriannuel de suivi et d'évaluation des maladies est un outil important qui peut permettre de trouver des solutions aux insuffisances du programme en ce qui concerne des données opportunes et de grande qualité qui permettront aux responsables, y compris aux gestionnaires de programmes, de prendre des décisions sur la base de preuves, afin d'avoir de meilleurs résultats dans le domaine de la santé. Le présent indicateur aide à suivre l'existence du plan et à savoir s'il est mis en œuvre comme prévu.</p>
<p>Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul</p>
<p>Le présent indicateur mesure l'existence d'un plan national de suivi et d'évaluation propre à une maladie pour le VIH, la tuberculose ou le paludisme. L'indicateur comprend deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier a trait à l'existence d'un plan coordonné multi annuel propre à une maladie, assorti d'un calendrier pour la mise en œuvre de l'enquête et l'analyse des données. • La deuxième partie consiste à savoir si le plan est mis en œuvre comme prévu. <p><u>Mesure:</u> L'indicateur est obtenu par la réalisation d'un examen théorique du plan de suivi et d'évaluation et la vérification du plan multi annuel pour savoir s'il dispose d'un calendrier de mise en œuvre de l'enquête ainsi que d'un calendrier d'analyse des données. La deuxième partie à l'issue de l'examen du plan consiste à suivre sa mise en œuvre. Un examen annuel est donc réalisé pour déterminer si le plan est mis en œuvre selon ce qui est prévu dans le plan.</p> <p>La réponse ici sera oui ou non, oui si les besoins des deux parties sont satisfaits</p>
<p>Unité de mesure</p>
<p>Oui/non/en cours</p>
<p>Source de données secondaires</p>
<p>Classification des indicateurs, type des données</p>
<p>Résultats, quantitatifs</p>
<p>Responsabilité institutionnelle</p>
<p>Ministère de la santé des États membres</p>

<p>Indicateur 34: Indice des politiques</p>
<p>Justification</p> <p>Il est unanimement reconnu que ce sont les politiques gouvernementales qui déterminent les règles qui régissent le comportement des acteurs dans le système de santé et qui garantissent le respect de ces règles.</p>
<p>Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul</p> <p>Dix indicateurs basés sur des règles sont proposés pour couvrir la plupart des principaux aspects de la politique de santé dans les pays à faibles et à moyens revenus. Ces indicateurs évaluent si les pays disposent de politique, de réglementation et de stratégie pour promouvoir la bonne gouvernance dans le secteur de la santé. L'indice comprend dix points et la note attribué à chacun sera zéro (il n'existe pas de politique appropriée ou celle-ci ne peut pas être évaluée) ou une (politique appropriée existe). Le chiffre maximum sera alors 10.</p> <p>Éléments de l'indice des politiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence de stratégies nationales de santé actualisées liées aux besoins et aux priorités nationales 2. Existence d'une liste actualisée de médicaments essentiels pendant les cinq dernières années et diffusée chaque année. 3. Existence de politiques sur l'approvisionnement en médicaments qui précisent : i) fourniture des médicaments les plus rentables en quantités suffisante ; et ii) appel d'offres ouvert et compétitif pour des fournisseurs de produits de qualité 4. Tuberculose: Existence d'un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose qui reflète les six principaux éléments de la Stratégie Halte à la Tuberculose, tel que défini dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015 5. Paludisme: Existence d'une stratégie/ politique nationale de lutte contre le paludisme qui porte sur le

suivi de l'efficacité des médicaments, la lutte contre le vecteur et le suivi de la résistance aux insecticides

6. VIH/sida: Achèvement du questionnaire d'UNGASS sur l'Indice composite des politiques nationales sur le VIH/sida

7. Santé maternelle: Existence d'une politique détaillée sur la santé de reproduction conforme au Plan d'action de la CIPD

8. Santé des enfants: Existence d'un plan multi annuel actualisé et détaillé pour la vaccination des enfants

9. Existence de documents importants sur le secteur de la santé qui sont publiés et diffusés chaque année (comme les documents sur le budget, les examens des résultats annuels, les indicateurs de santé).

10. Existence de mécanismes, comme les enquêtes, pour obtenir une contribution à temps des usagers sur l'existence de services de santé appropriés, opportuns et d'accès facile.

Sources des indicateurs

- Politique nationale de la santé
- Politiques pharmaceutiques assorties de normes pour les protocoles des traitements et l'approvisionnement
- Evaluations au niveau national des produits pharmaceutiques
- Partenariats et institutions des Nations Unies (Halte à la tuberculose, Faire reculer le paludisme, ONUSIDA, OMS, FNUAP)
- Enquêtes sur les centres de santé pour suivre la disponibilité des médicaments essentiels disponible dans les centres de santé.

Unité de mesure

Numérotation (0 à 10)

Source de données secondaires

OMS

Classification des indicateurs, type des données

Résultats, qualitatifs

Responsabilité institutionnelle

Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

SECTION B: Indicateurs du Plan d'action de Maputo

4B.1 OBJECTIF: INTÉGRER LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LES IST, LE PALUDISME ET LA SSR DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

Cible 1: Intégrer laSRDR et les VIH/sida/IST et le paludisme dans les principaux documents et plans stratégiques nationaux de santé

Indicateur 1: Existence de cadres et de plans nationaux en matière de santé qui intègrent les services de SRDR et de lutte contre le VIH/Sida/IST et le paludisme
Justification
L'intégration des VIH/SIDA/IST est logique en termes de coinfection et de stratégie de prévention commune. En raison de la nature dévastatrice du paludisme et de sa forte prévalence dans de nombreuses régions d'Afrique, le dépistage du paludisme améliore les possibilités de traitement.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Selon l'OMS, par intégration des services on entend « la gestion et les prestations des services de santé afin que le client reçoive des services préventifs et curatifs continus selon ses besoins, au fil du temps et à différents niveaux du système de santé ».
Au niveau national, chercher à savoir si le pays dispose de documents et de plans stratégiques dans lesquels les services de lutte contre le paludisme et de SHR sont intégrés dans les soins de santé primaire. Les sources des données sont les Ministères de la santé.
Le résultat obtenu est oui ou non ou en cours.
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 2: Élaborer et/ou mettre en œuvre des stratégies pour trouver des solutions à la violence sexuelle et sexiste en collaboration avec d'autres parties prenantes concernées

Indicateur 2: Existence de lois qui luttent contre la violence sexiste et sexuelle
Justification
La forte prévalence de violence sexuelle et sexiste nécessite des lois et des politiques spécifiques afin de fournir un cadre pour trouver des solutions aux problèmes dans de nombreux pays du continent.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
La violence sexuelle et sexiste porte sur une grande variété de violences : menaces sexuelles, exploitation, humiliation, agression, brutalité, violence domestique, inceste, prostitution involontaire (voies de fait de nature sexuelle, torture, insertion d'objet dans les ouvertures génitales et tentative de viol).
Au niveau national, chercher à savoir si le pays a des lois qui permettent de lutter contre la violence sexuelle et sexiste.
Le résultat obtenu est oui ou non ou en cours.
Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de

développement internationaux.

Cible 3: Entreprendre des recherches, élaborer et/ou mettre en œuvre des stratégies pour lutter contre les mariages précoces et les pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines (MGF)

Indicateur 3: Existence de programmes de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes
Justification
On connaît peu de choses sur les pratiques traditionnelles néfastes et celles-ci varient selon les pays et les régions. Au cours des 20 dernières années, il y a eu de plus en plus de problèmes liés aux mutilations génitales féminines.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Les programmes traiteront de la préférence accordée aux garçons en tant que tradition, les mariages forcés et les mariages d'enfants, ainsi que les mutilations génitales féminines et le lévirat. Au niveau national chercher à savoir si le pays a des programmes qui traitent des pratiques traditionnelles néfastes. Comme exemple de ces pratiques, on peut citer le lévirat, les MGF, les mariages d'enfants. Le résultat obtenu est oui ou non ou en cours. Évaluation rapide requise.
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 4: Examiner et adopter des programmes de formation pour des prestataires de services afin d'y intégrer les SSR ainsi que les IST/VIH/SIDA et la nutrition qui seront utilisés dans les instituts de formation.

Indicateur 4: Pourcentage d'instituts de formation qui utilisent le programme révisé qui intègre le SRDR dans les services de lutte contre le VIH/IST
Justification
L'un des préalables à la mise en œuvre de l'intégration de services requis est une formation appropriée pour les prestataires de services.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du pourcentage des instituts de formation qui utilisent le programme intégré révisé des SRDR (intégration de SRDR aux IST/VIH/SIDA et à la nutrition) <u>Numérateur</u> : Nombre d'institutions dans le pays qui ont intégré le SRDR aux IST/VIH/SIDA et à la nutrition tel qu'indiqué dans leur programme. <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'instituts publics de formation enregistrés dans le domaine de la santé, notamment les collèges qui forment des infirmières, des médecins et d'autres agents de santé publique. Évaluation rapide requise.
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 5: Assurer l'accès à des services qui traitent de la violence sexiste, y compris la gestion de la violence sexuelle, de la contraception d'urgence et de la prophylaxie après exposition au VIH, ainsi que des traitements des IST d'une manière intégrée et coordonnée

Indicateur 5: Le pourcentage des Centres de soins de Santé Primaire offrant des services de gestion de la Violence Basée sur le Genre (Y compris les services des IST, Prophylaxie Après Exposition, et Soins Extensifs) pour des victimes de la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
Justification
Les services de la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre entretiennent l'envergure à partir de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui des victimes. Les services des Soins Après Avortement occupent un rôle crucial pour que les femmes reçoivent des services.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
C'est le % centre offrant de soins après avortement, contre les IST, Prophylaxie après exposition et les services des Soins Extensifs pour des victimes de la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre. Cet indicateur devrait être calculé au niveau national. <u>Numérateur</u> : Nombre de centres de soins qui offrent des services après coup aux victimes de viol. Les services devraient inclure toutes les trois composantes des IST, de la prophylaxie après exposition au VIH et de la contraception d'urgence. <u>Dénominateur</u> : Nombre total de centres de soins de santé publics. Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 6: Fournir des services de dépistage et de gestion des cancers de l'appareil génital

Indicateur 6: Proportion des centres de soins de santé primaire qui offrent des services de dépistage des cancers de l'appareil génital chez les hommes et les femmes
Justification
Les cancers de l'appareil génital sont un domaine négligé chez les hommes et les femmes.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Proportions des centres soins de santé primaire offrant des services de dépistage des cancers de l'appareil génital chez les hommes et les femmes. Cet indicateur devrait être calculé au niveau national. <u>Numérateur</u> : Nombre de centres de soins qui offrent des services de dépistage et de prise en charge des cancers de l'appareil génital chez les hommes et les femmes. <u>Dénominateur</u> : Nombre total de centres de santé publics offrant des services cliniques.
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 7: Intégrer l'éducation en matière de nutrition et les programmes de compléments alimentaires dans les SRDR et les services de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Indicateur 7: Proportion des enfants de moins de 5 ans dont le poids est inférieur à la norme

Justification
Cet indicateur mesure le déséquilibre nutritionnel et la malnutrition découlant d'une sous-alimentation (évalué en fonction de l'insuffisance du poids, du retard de croissance et de l'émaciation). La croissance de l'enfant est l'indicateur le plus couramment utilisé pour le statut nutritionnel au sein d'une communauté. Les enfants qui souffrent d'un retard de croissance par suite d'une mauvaise alimentation et/ ou d'infections récurrentes courent davantage le risque d'être malades et de mourir. La nutrition et les autres problèmes de croissance peuvent être identifiés à l'aide du poids par rapport à la taille et à l'âge de l'enfant.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids est inférieur à un écart type, moins de 2, par rapport à la moyenne de la population de référence internationale (0 à 59 mois) <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans dont le poids est inférieur aux écarts types, moins 2 par rapport au poids moyen selon l'âge, conformément à la norme de l'OMS \ <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants qui ont été pesés Rapport des calculs par groupe d'âge de 0 à moins de 60 mois. La ventilation par sexe est encouragée à des fins de suivi. Données tirées des EDS, des enquêtes sur les ménages, sur l'alimentation et les groupes.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport des OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 8: Prévalence de l'anémie pendant la grossesse
Justification
L'anémie pendant la grossesse signifie qu'il n'y a pas dans le corps d'une femme les globules rouges qui contiennent de l'hémoglobine pour amener de l'oxygène à la mère et au bébé. Ceux-ci sont nécessaires pour le bon développement du fœtus.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Prévalence de l'anémie pendant la grossesse. <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes anémiées <u>Dénominateur</u> : Nombre de femmes enceintes pendant une période de temps déterminée
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.2 OBJECTIF: RENFORCER LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA, LES SRDR, LE PALUDISME ET LES SERVICES DE NUTRITION

Cible 8: Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication sur le changement de comportement pour la mobilisation communautaire et l'éducation dans le domaine de la promotion de la santé et de l'utilisation des SSR intégrés aux IST/VIH/SIDA, au paludisme et à la nutrition.

Indicateur 9: Existence d'une stratégie nationale de communication sur le changement de comportement
Justification
Une stratégie nationale de communication sur le changement de comportement permet au secteur public et privé, à la société civile et à tous les partenaires chargés de la mise en œuvre dans un pays, d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions plus efficaces et harmonisées des SSR, grâce au renforcement des capacités de communication sur le changement de comportement de leurs gestionnaires de programmes. Il fournira aussi une orientation stratégique pour planifier la communication sur le changement de comportement en vue de réactions coordonnées à tous les niveaux.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Chercher à savoir si le pays a une stratégie détaillée dans le domaine de la communication sur le changement de comportement axée sur la promotion de la santé et l'utilisation des SRDR intégrés aux services de lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme et à la nutrition. Au niveau national chercher à savoir si le pays a une stratégie de communication pour promouvoir des résultats positifs dans le domaine de la santé en ce qui concerne la promotion et l'utilisation des SSR intégrés aux IST/VIH/SIDA, au paludisme et à la nutrition. Le résultat obtenu est oui ou non ou en cours. Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 9: Existence de législations, de protocoles et de directives pour appuyer la planification familiale dans le pays.

Indicateur 10: Existence de législations, de protocoles et de directives pour appuyer la planification familiale.
Justification
L'existence d'instruments législatifs et de directives suppose que les femmes ont une meilleure chance d'accès aux services à différents niveaux.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le pays a-t-il des législations, des protocoles et des directives pour appuyer la planification familiale? Au niveau national, chercher à savoir si le pays a des législations, des protocoles et des directives pour appuyer la planification familiale. Résultat obtenu oui ou non ou en cours. Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.3 OBJECTIF: REPOSITIONNER LA PLANIFICATION FAMILIALE EN TANT QUE PRINCIPALE STRATÉGIE POUR LA RÉALISATION DES OMD

Cible 10: Intégrer et assurer la planification familiale en tant que composante de l'ensemble des services de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Indicateur 11: Taux de prévalence de la contraception

Justification

Il s'agit d'une mesure importante du niveau d'utilisation des contraceptifs chez les femmes. Le taux de prévalence des contraceptifs est un indicateur de la santé, du nombre, du développement et de l'autonomisation des femmes. L'indicateur donne une mesure de l'utilisation par les populations de la couverture des contraceptifs par rapport à toutes les sources d'approvisionnement et à toutes les méthodes. C'est une mesure facultative de l'accès aux services de la santé de reproduction liée à la mortalité infantile, à la santé maternelle, au VIH/ sida et à l'égalité entre les hommes et les femmes. En outre, il permet de mesurer les résultats du programme de planification familiale et du niveau des populations.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Le taux de prévalence des contraceptifs est le pourcentage des femmes qui utilisent, ou dont les partenaires sexuels utilisent, une forme ou une autre de contraception. Il est généralement indiqué pour les femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou vivent en concubinage.

Numérateur: Le nombre des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en concubinage qui indiquent qu'elles utilisent (ou que leur partenaires sexuels utilisent) la contraception

Dénominateur: nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans.

Les données sur la prévalence de la contraception sont obtenues essentiellement à partir d'enquêtes sur les ménages, par exemple, les Enquêtes démographiques et sanitaires, les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les Enquêtes sur la prévalence des contraceptifs.

Unité de mesure

Pourcentage

Source de données secondaires

Rapport des OMD

Classification des indicateurs, type des données

Résultats, quantitatifs

Responsabilité institutionnelle

Ministère de la santé États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 12: Besoins de planification familiale non satisfaits

Justification

L'indicateur dit dans quelle mesure le système de santé d'un pays et les conditions sociales soutiennent la capacité des femmes à atteindre la préférence souhaitée pour repousser ou limiter les naissances. Les besoins de planification familiale non satisfaits donnent une idée de la capacité des femmes à atteindre la taille de la famille et l'espacement des naissances qu'elles souhaitent. Il donne également une indication du succès des programmes de la santé de reproduction dans la recherche de solutions aux demandes de services en matière de planification familiale. Lorsque les besoins en services de planification familiale ne sont pas satisfaits, cela implique qu'il existe un écart au niveau de la fourniture des services de planification familiale là où la demande existe, et par conséquent le programme devrait chercher à combler cet écart.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Le concept de besoins non satisfaits met l'accent sur l'écart entre les intentions de reproduction des femmes et leur comportement en matière de contraception.

Les femmes dont les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits en ce qui concerne la limitation des naissances sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception et qui indiquent qu'elles ne veulent plus d'enfants. Il s'agit d'une sous-catégorie de l'ensemble des besoins de planification familiale non satisfaits, qui inclut également les besoins non satisfaits d'espacement des naissances.

En ce qui concerne le suivi des OMD, les besoins non satisfaits sont exprimés en tant que pourcentage des femmes qui sont mariées ou qui vivent en concubinage et qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives.

Numérateur: Nombre de femmes actuellement mariées ou en concubinage qui ne veulent plus d'enfants, qui souhaitent repousser la naissance de leur prochain enfant et qui n'utilisent pas de contraceptifs.

Dénominateur: Nombre total de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui sont mariées ou qui vivent en

concubinage. Les données sont obtenues essentiellement à partir des enquêtes sur les ménages, par exemple, les Enquêtes démographiques et sanitaires, les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les enquêtes sur la prévalence des contraceptifs.
Unité de mesure
Pourcentage
Source de données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.4 OBJECTIF: POSITIONNER LES SERVICES SRDRSENSIBLES AUX BESOINS DES JEUNES EN TANT QUE PRINCIPALE STRATÉGIE POUR L'AUTONOMISATION, LE DÉVELOPPEMENT ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES

Cible 11: Renforcer la mise en œuvre et/ou le plaidoyer pour des politiques qui appuient la fourniture de services SRDR qui s'adressent aux besoins des populations jeunes

Indicateur 13: Existence de politiques pour appuyer les services SSR destinés aux jeunes dans le pays
Justification
Dans les pays où les grossesses chez les jeunes sont élevées, tout prouve que les jeunes ont besoin de services qui satisfassent leurs besoins. Les infections parmi les populations jeunes sont élevées et, il est par conséquent important de fournir des services pour satisfaire la demande des services destinés aux populations jeunes concernant l'ensemble des SSR.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Existence de politiques mises au point pour appuyer des services SSR destinés aux populations jeunes dans le pays. Au niveau national, chercher à savoir si le pays a élaboré des politiques pour appuyer les services SSR destinés aux populations jeunes. Les sources de données sont les Ministères de la santé. Le résultat obtenu est oui ou non ou en cours Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, CER et ORS avec l'appui des partenaires de développement internationaux.

Cible 12: Élaborer et mettre en œuvre le programme de formation SRDR à l'intention des populations jeunes

Indicateur 14: Pourcentage des centres amis des jeunes qui ont recours à un programme de formation sur les SRDR
Justification
L'intégration d'un programme de formation dans les centres de jeunes est essentielle pour fournir une formation en vue de prestations de services appropriés.

Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Elle permet de mesurer le nombre de centres de jeunes qui utilisent le programme de formation par rapport au nombre total des centres. À calculer au niveau national <u>Numérateur</u> : Nombre de centres de jeunes qui utilisent le programme de formation sur les SRDR <u>Dénominateur</u> : Nombre total de centres de jeunes comptabilisés. Les sources de données sont les Ministères de la santé. Une évaluation rapide peut être requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, CER et ORS avec l'appui des partenaires de développement internationaux.

Cible 13: Intégrer la fourniture de services favorables aux jeunes, y compris la promotion de l'abstinence et la double méthode de protection au sein des services existants

Indicateur 15: Taux de grossesse chez les adolescentes
Justification
Les taux de grossesses peuvent être réduits par la promotion de l'abstinence et l'utilisation de préservatifs en vue de la protection contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le taux de grossesses chez les adolescents mesure le nombre annuel des grossesses chez les femmes âgées de 10 à 19 ans pour 1 000 femmes dans ce groupe d'âge. <u>Numérateur</u> : Nombre total des accouchements (naissances vivantes et mort-nés) et avortements chez les femmes âgées de 10 à 19 ans <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes âgées de 10 à 19 ans EDS, Recensement, Enquête sur les communications de changement du comportement
Unité de mesure
Pour 1000
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER, des ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.5 OBJECTIF: ACCROÎTRE L'ACCÈS À DES SERVICES DE MATERNITÉ SANS RISQUES ET DE SURVIE DE L'ENFANT DE QUALITÉ

Cible 14: Promulguer des politiques et des cadres juridiques en vue de réduire l'incidence des avortements à risques

Indicateur 16: Existence de cadre législatifs on punitifs sur l'avortement.
Justification
La question de l'avortement à risques sur le continent est source de grandes préoccupations et nous savons qu'il existe des lois punitives sur l'avortement.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
De nombreux pays ont des lois anti-avortement ; en conséquence, ceci mesure l'existence des cadres d'orientation législatifs sur l'avortement. Au niveau national, est-ce que le pays a des lois/des cadres qui ne sanctionnent l'avortement ? Evaluation rapide requise
Unité de mesure

Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 15: Préparer et mettre en œuvre des plans d'action au niveau national afin de réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements à risques

Indicateur 17: Proportion des avortements à risques dans le pays
Justification
L'avortement à risques indique l'écart entre la prévention de l'avortement et les services de soins après l'avortement.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Ceci mesure le nombre des avortements à risques par rapport au nombre total de tous les avortements dans un pays. Le taux des avortements à risques est le nombre des avortements à risques pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans une année. Statistiques de services habituelles
Unité de mesure
Pour 1000
Sources des données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 16: Élaborer et/ou faire appliquer la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né

Indicateur 18: Présence d'une feuille de route chiffrée pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile
Justification
Il est important qu'un budget soit alloué à la feuille de route, étant donné que ceci indique un plan stratégique national pour le suivi et la réalisation de la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Existe-t-il un document standard destiné à accélérer les progrès en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né? Documents de planification administratifs des départements de la planification du Ministère de la santé Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 17: Élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales en vue de la formation, du déploiement et du maintien rapide des sages-femmes, y compris l'harmonisation et l'accréditation du programme au niveau national

Indicateur 19: Proportion des naissances assistées par un personnel de santé qualifié
Justification
Toutes les femmes devraient avoir accès à des soins qualifiés pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Le présent indicateur fournit des informations sur l'utilisation par les femmes des services de soins au moment de l'accouchement. Il mesure la capacité du système de santé à fournir des soins appropriés pendant l'accouchement et constitue l'intervention la plus importante dans la réduction de la mortalité maternelle. Il est utilisé comme modèle pour suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD. Par agent de santé qualifié, on entend, les médecins, les infirmières ou le personnel paramédical qui auraient reçu une formation médicale pour qu'on dise d'eux qu'ils sont qualifiés.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié est le pourcentage des accouchements assistés par du personnel formé pour apporter la supervision, les soins et les conseils nécessaires aux femmes pendant la grossesse, le travail et la période post-partum ; pour pratiquer les accouchements tout seuls et pour s'occuper du nouveau-né. <u>Numérateur</u> : Nombre de naissances par femme âgée de 15 à 49 ans qui ont été assistées par du personnel de santé qualifié <u>Dénominateur</u> : Nombre total des naissances par femme âgée de 15 à 49 ans EDS, enquêtes de grande envergure
Unité de mesure
Pourcentage
Sources des données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 18: Intégrer les soins néonataux essentiels, y compris l'assistance respiratoire pour les nouveaux nés au niveau des soins obstétriques d'urgence dans le programme de formation avant et en cours d'emploi des prestataires de soins de santé.

Indicateur 20: Pourcentage des instituts de formation qui utilisent le programme intégrant les soins néonataux essentiels (ENC), y compris l'assistance respiratoire pour les nouveaux nés (HBB) au niveau des soins obstétriques d'urgence (EmOC) dans le programme de formation avant et en cours d'emploi des prestataires de soins de santé.
Justification
On s'est aperçu que le fait d'intégrer tous les éléments des soins néonataux essentiels (l'assistance respiratoire pour les nouveaux nés qui est axée sur le renforcement des capacités des agents de santé en matière de réanimation du nouveau-né) dans les soins obstétriques d'urgence est une stratégie efficace de réduction de la mortalité néonatale. Par conséquent, il est absolument nécessaire que les instituts de formation avant et en cours d'emploi utilisent ce programme intégré pour renforcer les capacités des prestataires de soins de santé. La formation est un préalable à la fourniture de services de grande qualité.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul

Numérateur: Nombre d'instituts de formation dans le domaine de la santé utilisant le programme intégré (ENC/HBB/EmOC)
Dénominateur: Nombre total d'instituts de formation dans le domaine de la santé dans un pays.
Département de la planification du Ministère de la santé
Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, CER et ORS avec l'appui des partenaires de développement internationaux.

Cible 19: Améliorer les services de maternité sans risques grâce à la mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né.

Indicateur 21: Ratio de la mortalité maternelle
Justification
Les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont l'une des principales causes de décès et d'handicap chez les femmes en âge d'accoucher dans les pays en développement. Le ratio de la mortalité maternelle représente le risque associé à chaque grossesse, à savoir le risque obstétrique. Le présent indicateur a pour objet de suivre les décès liés à la grossesse et l'accouchement. Il reflète la capacité des systèmes de santé à fournir des soins de santé efficaces pour éviter et pour traiter les complications qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement. C'est un indicateur des OMD pour améliorer la santé maternelle.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le ratio de la santé maternelle est le nombre de femmes qui meurent de toutes les causes liées à ou aggravées par la grossesse ou sa gestion (à l'exception des causes accidentelles ou imprévues) pendant la grossesse et l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent la fin d'une grossesse, quelle que soit la durée et le lieu de la grossesse pour 100 000 naissances vivantes. Le ratio de la mortalité maternelle peut être calculé 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 les multipliant par 100 000.
Numérateur: Nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent l'accouchement/la fin de la grossesse, quelle que soit la durée et le lieu de la grossesse, de n'importe quelle cause liée à ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais non de causes accidentelles ou imprévues.
Dénominateur: Nombre total de naissances vivantes dans une année donnée
Unité de mesure
Pour 100000
Source des données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type des données
Impact, quantitatif
Institutionnel Responsabilité
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux

Indicateur 22: Taux de mortalité périnatale
Justification
La mort au cours de la période périnatale intervient pour plusieurs différentes raisons, mais dans de nombreux cas, l'exposition de la mère aux risques environnementaux constitue le principal facteur de

risque. Le taux de mortalité périnatale fournit donc une mesure d'ensemble de l'environnement sanitaire au tout début de la vie.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du nombre de décès du fœtus à partir de la 28 ^{ème} semaine de gestation jusqu'aux 7 premiers jours de la vie pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Registres de santé/des décès, systèmes de surveillance, enquêtes de grande envergure et techniques d'évaluation indirectes
Unité de mesure
Pour 1 000
Sources des données secondaires
OMS
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 20: Améliorer les services de soins néonataux y compris par la création de soins de réanimation néonatale au sein des services de maternité

Indicateur 23: Pourcentage des nouveaux nés qui ne respirent pas à la naissance, qu'on réussit à réanimer
Justification
Le présent indicateur mesure la capacité des centres de santé à sauver les nouveaux nés. Il donne une indication de l'efficacité des soins néonataux essentiels intégrés (l'assistance respiratoire au bébé qui consiste essentiellement à renforcer la capacité des agents de santé en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né)/du programme des services de soins obstétriques d'urgence dans un pays.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du nombre de nouveaux nés qui ont finalement survécu par rapport au nombre total de ceux qui ne respiraient pas à la naissance. <u>Numérateur</u> : Nombre des nouveaux nés qui ont réussi à être réanimés à la naissance <u>Dénominateur</u> : Nombre total des nouveaux nés qui ont dû être réanimés à la naissance (ceux qui ont survécu et ceux qui n'ont pas pu être réanimés) Une grande diversité d'enquêtes sur les ménages, y compris les statistiques sur les services provenant des départements ministériels.
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 24: taux de mortalité néonatale
Justification
La mortalité pendant la période néonatale représente un large pourcentage des décès d'enfants et est considérée comme un indicateur utile de la santé et des soins néonataux de la mère et du nouveau-né. Le présent indicateur suit la qualité des soins néonataux.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit du nombre de décès de la naissance au 28 ^{ème} jour pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. <u>Numérateur</u> : Nombre de décès survenus chez les nourrissons âgés de 0 à 28 jours <u>Dénominateur</u> : Nombre total des naissances vivantes dans une année donnée

Une grande diversité d'enquêtes sur les ménages, y compris les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Unité de mesure
Pour 1 000
Sources des données secondaires
Rapport OMD
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 21: Renforcer la couverture des services de survie de l'enfant (programme élargi de vaccinations [PEV], les solutions de réhydratation orale [SRO], l'initiation précoce à l'allaitement maternel, et d'autres interventions nutritionnelles appropriées, les consultations de la première semaine.

Indicateur 25: Pourcentage des enfants d'un an vaccinés par rapport à la norme recommandée dans le pays
Justification
C'est un indicateur de la couverture vaccinale et qui indique qu'un enfant aurait dû recevoir le dosage des vaccins recommandé au niveau national contre les maladies évitables. C'est un moyen important de réduire la mortalité infantile.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
La proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole est le pourcentage des enfants de moins d'un an qui ont reçu au moins une dose de vaccins contre la rougeole dans la plupart des pays d'Afrique, le vaccin contre la rougeole est utilisé comme indicateur pour achever la vaccination des moins de 1 an. Une grande diversité d'enquêtes sur les ménages, y compris les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Unité de mesure
Pourcentage
Sources des données secondaires
Rapport des OMD
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 22: Adopter une gestion intégrée des maladies de l'enfance

Indicateur 26: Taux de mortalité infantile
Justification
La mortalité infantile est une composante importante de la mortalité des moins de 5 ans. Elle donne une idée de la survie de l'enfant et indique les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles vit l'enfant. Le taux de mortalité infantile est un indicateur des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les taux de mortalité infantile sont de bons indicateurs des écarts au niveau de la qualité de l'éducation et des soins de santé disponibles pour les différentes populations socioéconomiques ou ethniques dans un pays, un état, ou même une ville. Les problèmes sont liés à la fourniture de services pré et post-natals appropriés, à l'éducation et à la nutrition.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le taux de mortalité infantile est la probabilité pour un enfant de mourir entre le moment de sa naissance

et l'âge de 1 an pour 1 000 naissances vivantes, c'est-à-dire le nombre de décès d'enfants âgés de 0 à exactement 1 an, exprimé pour 1 000 naissances vivantes au cours de la même année. <u>Numérateur</u> : Nombre de décès d'enfants âgés de 0 à exactement 1 an <u>Dénominateur</u> : Nombre total des naissances vivantes dans une année donnée Une grande diversité d'enquêtes sur les ménages, y compris les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Unité de mesure
Pour 1 000
Sources des données secondaires
Rapport des OMD
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 27: Taux de mortalité des moins de 5 ans
Justification
Le taux de mortalité des moins de cinq ans est un indicateur général du niveau de santé des enfants. Il mesure davantage le statut socioéconomique, environnemental et nutritionnel des enfants, plutôt que les prestations de soins de santé directes. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est un indicateur des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité (exprimée en tant que taux pour 1 000 naissances vivantes) d'un enfant né au cours d'une année donnée, qui meurt avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, compte tenu des taux actuels de mortalité selon l'âge. <u>Numérateur</u> : Nombre de décès des enfants âgés de moins de cinq ans <u>Dénominateur</u> : Nombre total des naissances vivantes dans une année donnée Une grande diversité d'enquêtes sur les ménages, y compris les Enquêtes multiples sur les groupes d'indicateurs et les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Unité de mesure
Pour 1 000
Sources des données secondaires
Rapport des OMD
Classification des indicateurs, type de données
Impact, quantitatif
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.6 OBJECTIF: ACCROÎTRE LES RESSOURCES POUR LES SRDR

Cible 23: Mettre en œuvre la Déclaration d'Abuja des Chefs d'État et de gouvernement relative à l'allocation d'au moins 15 % du budget national total à la santé, avec un pourcentage approprié de ce montant aux SRDR

Indicateur 28: Part du budget national allouée à la santé
Justification
L'objectif consiste à allouer au moins 15% du national au budget de la santé.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Le présent indicateur donne la mesure de la part du budget national alloué à la santé Documents provenant des départements ministériels

Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Indicateur 29: Part du budget de la santé allouée aux SRDR
Justification
Un budget SRDR permet de fixer les objectifs et de financer les activités en vue d'atteindre les résultats, et les cibles du Programme d'action de Maputo.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il s'agit de la part du budget de la santé allouée aux SRDR Documents provenant des départements ministériels Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 24: Inclure la SRDR dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et d'autres plans nationaux de développement

Indicateur 30: Existence de plans SRDR chiffrés intégrés dans les DSRP ou les plans nationaux de développement
Justification
Des plans SRDR chiffrés sont essentiels pour fixer des cibles pour les résultats, les produits et les impacts des programmes et suivre les ressources.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Existe-t-il un plan SRDR chiffré intégré dans les PSRP ou les plans nationaux de développement dans le pays? Le résultat enregistré est oui ou non ou en cours. Documents provenant des départements ministériels Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.7 OBJECTIF: ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES POUR LA SÛRETÉ DES PRODUITS DE LA SANTÉ DE REPRODUCTION POUR L'ENSEMBLE DES COMPOSANTES DE SSR

Cible 25: Élaborer une stratégie ainsi que des plans d'action nationaux et, le cas échéant, régionaux de sûreté de la santé de reproduction

Indicateur 31: Existence de plans stratégiques nationaux pour la sécurisation des produits de la santé de reproduction
Justification
La disponibilité de stratégies et de plans d'action pour la sûreté des produits garantira la disponibilité constante des produits de la santé de reproduction dans un pays.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Il existe des stratégies et des plans d'action pour la sûreté des produits de la santé de reproduction. Le résultat enregistré est oui ou non. Documents provenant des départements ministériels Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 26: Revoir les listes des médicaments essentiels pour y inclure les produits de la santé de reproduction

Indicateur 32: Les produits de la santé de reproductions sont inclus dans la liste des médicaments essentiels
Justification
Ce qui permettra une disponibilité constante des produits de la santé de reproduction.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Au niveau national, chercher à savoir si un pays a inscrit les produits de la santé de reproduction dans la liste des médicaments essentiels. Le résultat enregistré est oui ou non Documents provenant des départements ministériels Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 27: Mettre en place une ligne budgétaire pour les produits de la santé sexuelle et de reproduction

Indicateur 33: Pourcentage du budget de la santé de reproduction alloué aux produits de la santé de reproduction
Justification
Il permettra d'indiquer le niveau de l'engagement/du soutien du gouvernement destiné à garantir la sûreté des produits de la santé sexuelle et de reproduction dans un pays.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Pourcentage du budget de la SR de alloué aux produits de la SR. Documents provenant des départements ministériels, <u>Numérateur</u> : Valeur du budget de la santé de reproduction alloué aux produits de la santé de reproduction <u>Dénominateur</u> : Valeur totale du budget de la santé de reproduction Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Pourcentage
Classification des indicateurs, type de données
Résultats, quantitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 28: Renforcer les capacités pour l'achat en gros, grâce à la mise en commun des ordres d'achats aux niveaux national et régional

Indicateur 34: Existence de systèmes intégrés pour les achats groupés et l'approvisionnement
Justification
La réduction des coûts grâce aux achats en gros est une stratégie recommandée qui peut éliminer les pénuries.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Chercher à savoir si un pays dispose d'un mécanisme pour les achats en gros. Le résultat enregistré est oui ou non. Documents provenant des départements ministériels Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

4B.8 OBJECTIF: METTRE EN PLACE UN MÉCANISME DE SUIVI, D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DU PLAN D'ACTION.

Cible 29: Plaider pour l'allocation de ressources nationales en vue de la réalisation de recensements réguliers, de EDS et d'examen annuels de la mortalité maternelle

Indicateur 35: Existence d'une ligne budgétaire nationale allouée aux recherches sur la santé des populations, le suivi et l'évaluation (EDS, MIC, MIS, AIS...)
Justification
L'allocation d'un budget à la recherche sur la santé est une démarche hardie en vue de la planification basée sur des preuves dans n'importe quel pays.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Au niveau national, chercher à savoir si le pays dispose d'un budget pour la réalisation de recensements, d'Enquêtes démographiques et sanitaires et revues annuelles des décès maternels. Le résultat enregistré est oui ou non ou en cours. Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 30: Institutionnaliser le suivi et l'évaluation aux niveaux de l'administration publique et des ONG et allouer des ressources humaines et financières appropriées pour les appuyer.

Indicateur 36: Existence d'un système robuste intégré de suivi et d'évaluation
Justification
Il faudrait fixer des objectifs pour les résultats, les produits et l'impact servant à mesurer les programmes et à suivre les ressources.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Au niveau national, chercher à savoir si le pays dispose d'un système régulier de gestion des données et s'il effectue régulièrement des recensements, des Enquêtes démographiques et sanitaires et des examens annuels des décès maternels? Le résultat enregistré est oui ou non ou en cours. Évaluation rapide requise
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Cible 31: Mettre en place des mécanismes de coordination pour suivre et évaluer l'allocation efficace des ressources

Indicateur 37: Existence de sous comptesSR dans les Comptes nationaux de la santé
Justification
Les Comptes nationaux de la santé pour la santé de reproduction impliquent qu'il existe un mécanisme standard pour suivre le budget de la santé de reproduction et sa mise en œuvre.
Définition sommaire, méthode de collecte et de calcul
Les Comptes nationaux de la santé en tant qu'instrument de suivi des dépenses de santé. Au niveau national, chercher à savoir si le pays est en mesure de suivre et d'évaluer l'allocation des ressources de la santé de reproduction et la mise en œuvre des lois qui utilisent les sous comptes des Comptes nationaux de la santé pour la santé de reproduction. Le résultat enregistré est oui ou non ou en cours.
Unité de mesure
Oui/non/en cours
Classification des indicateurs, type des données
Résultats, qualitatifs
Responsabilité institutionnelle
Ministère de la santé des États membres, avec l'appui des CER et ORS et des partenaires de développement internationaux.

Annexe

OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPEL D'ABUJA (ACPAT)

Évaluation au niveau national

Département des affaires sociales

[.....Date]

Appel d'Abuja pour une action accélérée en vue de l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique

IDENTIFICATION

Nom du pays:

Dated'élaboration du rapport:

Fréquence:

NOTICE PERSONNELLE DU FONCTIONNAIRE AYANTÉLABORÉ LE RAPPORT:

Nom du fonctionnaire qui recueille les données:

Fonctions :

Organisme :

Adresse:

Téléphone:

Adresse courriel :

1. INTRODUCTION

Le Sommet spécial sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a été organisé à Abuja (Nigeria), du 2 au 4 mai 2006 et a eu pour thème : « Accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme par une Afrique unie d'ici à 2010 ». Il avait pour objectif la réalisation de l'examen quinquennal de la mise en œuvre des Déclarations et des Plans d'action de 2000 et 2001 sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (Sommets spéciaux de 2000 et 2001 respectivement) ; et l'adoption de nouveaux engagements destinés à renforcer l'action en vue de l'accès universel à des services intégrés de santé d'ici à 2010. A l'issue de ce Sommet, l'Appel d'Abuja pour une action accélérée en vue de l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, de même que la position commune africaine concernant la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida ont, entre autres, été adoptés, puis entérinés par la Session ordinaire de la Conférence de l'UA (Banjul, Gambie, 1^{er}-2 juillet 2006). La Commission de l'UA en collaboration avec des partenaires concernés, a élaboré un outil pour évaluer les progrès réalisés par les États membres, dans la mise en œuvre de « l'Appel d'Abuja ».

OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE CADRE DE L'APPEL D'ABUJA POUR UNE ACTION ACCÉLÉRÉE EN VUE DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME EN AFRIQUE

La Commission de l'UA demande à votre institution /organisme de bien vouloir remplir le rapport national sur les progrès accomplis dans le cadre de l'Appel d'Abuja pour une action accélérée en vue de l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique

N°	Indicateurs VIH et SIDA	Valeur	Source des données	Rural	Urbain	Homme					Femme					
						0-18 mois	<15	>15	15-24 ans	15-49 ans	0-18 mois	<15	>15	15-24 ans	15-49 ans	Enceinte
1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH															
2	Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tous identifient les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les importantes idées fausses concernant la transmission du VIH															
3	Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans															
4	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.															

5	Pourcentage des femmes enceintes qui fréquentent des centres de soins prénatals qui ont été testées pour le VIH et qui connaissent leurs résultats																		
6	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH																		
7	Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux																		
8	Proportion des associations/des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) qui participent à l'élaboration de politiques, à la mise en œuvre de programmes ainsi qu'au suivi et à l'évaluation																		
9	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat																		
10	Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH																		
11	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel																		
12	Pourcentage des populations les plus exposées au risque (y compris les réfugiés et les autres personnes déplacées) ont accès aux programmes de prévention du VIH.																		
13	Pourcentage des patients qui reçoivent des soins et des services d'appui pour le VIH qui sont soumis à un test de dépistage pour la tuberculose																		
14	Pourcentage de malades de la tuberculose séropositifs qui reçoivent un traitement pour le VIH et la tuberculose en cas d'infections multiples																		

N°.	Indicateurs de la Tuberculose	Valeur	Source des do	Rural	Urbain	Homme				Femme			
						<1	0-5	<15	>15	<1	0-5	<15	>15
15	Taux de détection des cas de tuberculose												
16	Taux de succès du traitement												
17	Couverture DOTS												
18	Surveillance de la tuberculose à bacilles multi résistants	Y OR N											
19	Prévalence du VIH chez les malades de la tuberculose												
20	Pourcentage des malades de la tuberculose qui ont bénéficié des services de dépistage et d'orientation pour le VIH												

N°.	Indicateurs du paludisme	Valeur	Source des données	Rural	Urbain	Homme		Femme		Femme enceinte
						0-5	>5	0-5	>5	
21	Proportion des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée.									
22	Taux d'incidence du paludisme									
23	Taux des décès liés au paludisme									
24	Proportion de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée et/ou traités aux insecticides au cours des 12 derniers mois.									
25	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont fait de la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement contre le paludisme conformément à la politique nationale, dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre.									
26	Proportion des femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse									

N°.	Indicators HSS	Valeur	Source des données	Rural	Urbain
27	Dépenses générales publiques de santé en tant que pourcentage du total des dépenses publiques				
28	Dépenses générales publiques de santé en tant que pourcentage des dépenses totales de santé				
29	Dépenses personnelles en tant que % des dépenses totales de santé				
30	Pourcentage de la population couverte par un programme lié à la demande (assurance sociale santé, assurance communautaire)				
31	Nombre d'agents de santé pour 10 000 personnes				
32	Proportion des populations ayant accès à des médicaments essentiels à des coûts abordables sur une base durable				
33	Existence d'un plan national de suivi et d'évaluation pour chaque maladie				
34	Score des indices des politiques				

OUTIL D'ÉVALUATION DES PROGRÈS DU PROGRAMME D'ACTION DE MAPUTO

Évaluation de pays

COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE

Département des affaires sociales

[.....Date]

Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction

IDENTIFICATION

Nom du pays :

Dated'élaboration du rapport :

Fréquence :

NOTICE PERSONNELLE DU FONCTIONNAIRE AYANTÉLABORÉ LE RAPPORT:

Nom du fonctionnaire qui recueille les données :

Fonction :

Organisme:

Adresse:

Téléphone:

Adresse courriel :

1. INTRODUCTION

La deuxième session ordinaire de la Conférence des ministres de la santé qui s'est tenue à Gaborone(Botswana) du 10 au 14 octobre 2005, a adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction qui a, par la suite, été entériné par les chefs d'État et de gouvernement en janvier 2006. Le Cadre vise à faire en sorte que le continent atteigne l'objectif de l'accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction d'ici à 2015. Les Ministres de la santé de l'Union africaine ont tenu une session spéciale à Maputo (Mozambique) en septembre 2006, dont le thème était le suivant : « Accès universel aux services intégrés santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique » et ils ont adopté le Plan d'action de Maputo en vue de la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction (2007-2010). La Commission de l'UA, en collaboration avec les partenaires concernés, a conçu un outil destiné à évaluer les progrès réalisés par les États membres dans la mise en œuvre du Programme d'action de Maputo. Chaque objectif signalé comprend trois sections: A) Données sur des indicateurs spécifiques, B) Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre et C) Recommandations pour la voie à suivre.

OUTILS D'ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE CADRE DU PLAN D'ACTION DE MAPUTO EN VUE DE LA MISE EN OEUVRE DU CADRE D'ORIENTATION CONTINENTAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DES DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION

La Commission de l'UA prie votre institution/organisme, de bien vouloir préparer un rapport national sur les progrès réalisés dans le cadre du Plan d'action de Maputo en vue de la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction. Le rapport national devra porter sur les principales informations ci-après :

Objectif 1: Intégration des IST/VIH, du paludisme et des services SSR dans les services de SSP				
	1=Oui	2= en cours	3= Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 1 Le pays a-t-il intégré les services de lutte contre le paludisme et les services SRDR dans les SSP?				
Indicateur 2 Existe-t-il des législations en vigueur qui luttent contre la violence sexiste ?				
Indicateur 3 Le pays dispose-t-il de programmes pour traiter des HTP?				
Indicateur 4 Quel est le pourcentage des instituts de formation disposant de SRDR intégrés, de services de lutte contre les IST/VIH/SIDA et de services de nutrition dans leurs programmes				
Indicateur 5 Quel est le pourcentage des SDP qui offrent des services de lutte contre les IST, les PEP et les CE aux victimes de la violence sexuelle à l'égard des femmes				

Indicateur 6	Indiquez le chiffre			
Quel est le pourcentage desSDP qui offrent de services de dépistage et de gestion des cancers de l'appareil génital aux hommes et aux femmes				
Indicateur 7 Prévalence l'insuffisance pondérale par groupe d'âge				
Indicateur 8 Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes				
Défis(jusqu'à3principaux défis):				
a.				
b.				
c.				
Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):				
a.				
b.				
c.				
Objectif 2: Renforcement des services communautaires de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les SRDR				
	O ui	En cours	Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 9 Le pays a-t-il une stratégie intégrée de lutte contre la tuberculose				

Objectif 3. Repositionnement de la planification familiale en tant que principale stratégie pour la réalisation des OMD				
	O ui	En cours	Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 10 Existe-t-il des législations, des protocoles et des directives pour la planification familiale	Indiquez le %			
Indicateur 11 taux de prévalence des contraceptifs				
Défis(jusqu'à3principaux défis):				
a.				
b.				
c.				
Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):				
a.				
b.				
c.				
Objectif 4. Des services SRDRqui répondent aux besoins des jeunes mis au point en tant que principale stratégie pour l'autonomisation, le développement et le bien-être des jeunes				
	O ui	En cours	Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur12 Besoins en matière de planification familiale non satisfaits				

<p>Indicateur 13 Le pays a-t-il mis en place des politiques pour appuyer les services SRDR qui répondent aux besoins des jeunes</p>				
<p>Indicateur 14 Le pays dispose-t-il de services de santé qui répondent aux besoins des jeunes dans leurs programmes de formation</p>				
<p>Indicateur 15 Taux des grossesses chez les jeunes</p>				
<p>Défis(jusqu'à 3 principaux défis):</p> <p>a.</p>				
<p>b.</p>				
<p>c.</p>				
<p>Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):</p> <p>a.</p>				
<p>b.</p>				
<p>c.</p>				
<p>Objectif 5. Incidence de la diminution des avortements à risque</p>				
<p>Indicateur 16 Le pays dispose-t-il d'un cadre juridique/d'orientation sur l'avortement?</p>				

Indicateur 17 Le pays dispose-t-il de plans d'action destinés à réduire le nombre des grossesses non désirées et des avortements à risque?				
Défis(jusqu'à 3 principaux défis): a.				
b.				
c.				
Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations): a.				
b.				
c.				
Objectif 6. Accès à une maternité sans risque et augmentation des services de survie de l'enfant				
	O ui	En cours	Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 18 Le pays dispose-t-il d'une feuille de route bien conçue pour la diminution de la morbidité et de la mortalité de la mère et du nouveau-né?				

Indicateur 19 Proportion des naissances assistées par un personnel de santé qualifié	
Indicateur 20 % des instituts de formation qui utilisent un programme qui intègrent les soins essentiels aux nouveau-nés (ENC), y compris l'assistance respiratoire pour les nouveaux nés(HBB) dans les soins obstétricaux d'urgence, dans les programmes de formation préalable et en cours d'emploi destinés aux prestataires de soins de santé.	
Indicateur 21 Ratio de mortalité maternelle(MMR)	
Indicateur 22 taux de mortalité périnatale	
Indicateur 23 % des nouveaux nés qui ne respirent pas à la naissance et qu'on réussit à ramener à la vie	
Indicateur 24 taux de mortalité néonatale [OMD]	
Indicateur 25 Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	
Indicateur 26 Taux de mortalité infantile	
Indicateur 27 mortalité des moins de 5 ans	
Défis (citez jusqu'à 3 principaux défis):	
a.	
b.	

c.

Recommandations/voie à suivre (proposez jusqu'à 3 recommandations):

a.

b.

c.

Objectif 7. Ressources pour l'augmentation des SRDR

	O ui	En cours	No	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 28 Est-ce que le pays alloue au moins 15% de son budget à la santé?				
Indicateur 29 Proportion du budget de la santé alloué à SRDR	Indiquez le %			
Indicateur 30 Le pays a-t-il inclus SRDR dans ses CLSP ou plans de développement?				

Défis (citez jusqu'à 3 principaux défis):

a.

b.

c.

Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):

a.

b.

c.

Objectif 8. Stratégies pour la sûreté des produits SSR mises en place pour l'ensemble des composantes SSR

	O ui	En cours	Non	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 31 Le pays a-t-il mis en place une stratégie pour la sûreté des produits RH ainsi que des plans d'action aux niveaux régional/national?				
Indicateur 32 Le pays dispose-t-il de produits RH dans sa liste de produits essentiels ?				
Indicateur 33 a) le pays dispose-t-il d'une ligne budgétaire nationale pour la sûreté des produits SSR?				
b) Quel est le % du budget de la santé alloué aux produits RH?				
Indicateur 34 Le pays a-t-il des systèmes intégrés pour les achats en gros et les approvisionnements?				

Défis (jusqu'à 3 principaux défis):				
a.				
b.				
c.				
Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):				
a.				
b.				
c.				
Objectif 9. Mécanisme de suivi, d'évaluation et de coordination				
	Oui	En cours	No	Remarque(s) – raisons du succès ou de l'échec
Indicateur 35 Quelle est la proportion du budget national allouée à la recherche, au suivi et à l'évaluation de la santé des populations (EDS, MICs, MIS, AIS...)				
Indicateur 36a Le pays effectue-t-il régulièrement des recensements, des enquêtes démographiques et sanitaires ainsi que des études annuelles sur la mortalité maternelle (Cible?- Dates des plus récentes)				
Indicateur 36b Le pays dispose-t-il d'un système de gestion et de transmission des données de routine				

Indicateur 36c Le pays utilise-t-il les résultats des travaux de recherche et des systèmes d'information dans la planification				
Indicateur 37 Le pays dispose-t-il de sous-comptes des CNS pour RH				
Défis (jusqu'à 3 principaux défis):				
a.				
b.				
c.				
Recommandations/voie à suivre (jusqu'à 3 recommandations):				
a.				
b.				
c.				
Enseignements tirés				
Cités jusqu'à 5 enseignements tirés:				
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				