PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2020-2025
« L'équité au cœur de la santé »

Recueil d'indicateurs de résultats intermédiaires

Janvier 2024

Table des matières

Introduction 3
Résultat Intermédiaire 1. Accès à des services de santé complets et de qualité 4
Résultat Intermédiaire 2. La santé tout au long du parcours de vie 11
Résultat Intermédiaire 3. Des soins de qualité pour les personnes âgées 23
Résultat Intermédiaire 4. Capacité de réponse aux maladies transmissibles 25
Résultat Intermédiaire 5. Accès aux services pour les MNT et les troubles mentaux 40
Résultat Intermédiaire 6. Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes 57
Résultat Intermédiaire 7. Personnel de santé 61
Résultat Intermédiaire 8. Accès aux technologies de la santé 66
Résultat Intermédiaire 9. Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance 79
Résultat Intermédiaire 10. Augmentation du financement public pour la santé 83
Résultat Intermédiaire 11. Protection financière renforcée 88
Résultat Intermédiaire 12. Facteurs de risque des maladies transmissibles 95
Résultat Intermédiaire 13. Facteurs de risque des MNT 103
Résultat Intermédiaire 14. Malnutrition 114
Résultat Intermédiaire 15. Réponse intersectorielle à la violence et aux traumatismes 128
Résultat Intermédiaire 16. Action intersectorielle en faveur de la santé mentale 131
Résultat Intermédiaire 17. Élimination des maladies transmissibles 133
Résultat Intermédiaire 18. Déterminants sociaux et environnementaux 145
Résultat Intermédiaire 19. Promotion de la santé et action intersectorielle 166
Résultat Intermédiaire 20. Systèmes d'information intégrés pour la santé 172
Résultat Intermédiaire 21. Données, informations, connaissances et données probantes 175
Résultat Intermédiaire 22. Recherche, éthique et innovation pour la santé 183
Résultat Intermédiaire 23. Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques 188
Résultat Intermédiaire 24. Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies 192
Résultat Intermédiaire 25. Détection des urgences sanitaires et riposte 196
Résultat Intermédiaire 26. Thématiques transversales : Équité, origine ethnique, genre et droits de l'homme 200
Résultat Intermédiaire 27. Leadership et gouvernance 202
Résultat Intermédiaire 28. Gestion et administration 209

Introduction

Ce recueil comprend les spécifications techniques des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 2020-2025. Il fournit des définitions et des critères de mesure pour tous les indicateurs, afin de faciliter une approche systématique du suivi et de l'établissement de rapports sur la mise en œuvre du Plan stratégique.

Ce recueil a été préparé par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), en collaboration avec le Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG) pour le Plan stratégique 2020-2025. Ce groupe a été créé par le 162e Comité exécutif de l'OPS. Le SPAG était composé de 21 États Membres de toutes les sous-régions de l'OPS : Caraïbes (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Dominique, Guyana, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago), Amérique centrale (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama), Amérique du Nord (Canada, États-Unis d'Amérique et Mexique) et Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Équateur, Paraguay et Venezuela). Le Panama a été nommé Président et les Bahamas, Vice-président.

Les indicateurs ci-dessous pourront faire l'objet d'autres révisions par le BSP afin de maintenir l'alignement avec les indicateurs des objectifs de développement durable (ODD) et avec les indicateurs du cadre d'impact du 13e programme général de travail 2019-2023 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le BSP peut également clarifier ou affiner les spécifications pour la mesure des indicateurs, en fonction des besoins. Les niveaux de référence et les cibles feront l'objet d'une validation au moyen d'informations actualisées fournies par les États Membres et le BSP après l'évaluation finale du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

La dernière version du recueil sera affichée sur le site internet de l'OPS sous la rubrique « À propos de l'OPS », accessible ici.

Résultat Intermédiaire 1. Accès à des services de santé complets et de qualité

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 1**: Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 1.a:** Nombre de pays et territoires qui affichent une réduction d'au moins 10 % du nombre d'hospitalisations pour des pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires
Définition de l'indicateur	Cet indicateur exprime le nombre de pays et de territoires qui ont réduit le nombre d'hospitalisations pour les 20 pathologies suivantes pouvant faire l'objet de soins ambulatoires, exprimé en pourcentage du nombre total de sorties d'hôpital : 1. Maladies à prévention vaccinale 2. Pathologies évitables, y compris le rhumatisme articulaire aigu, la syphilis, la tuberculose et la tuberculose pulmonaire. 3. Gastro-entérite infectieuse et complications 4. Anémie 5. Carences nutritionnelles 6. Infections ORL 7. Pneumonie bactérienne 8. Asthme 9. Maladies des voies respiratoires inférieures 10. Hypertension 11. Angine de poitrine 12. Insuffisance cardiaque 13. Maladies cérébrovasculaires 14. Diabète sucré 15. Épilepsie 16. Infections des reins et des voies urinaires 17. Infection de la peau et des tissus sous-cutanés 18. Maladies inflammatoires des organes pelviens féminins 19. Ulcère gastro-intestinal 20. Maladies liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum **Niveau de référence 2019 :** 12 **Cible 2025 :** 21
But de l'indicateur	Il s'agit d'un indicateur indirect. Les pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires sont des pathologies pour lesquelles le premier niveau de soins, s'il est fourni avec une capacité de réponse adéquate, a le potentiel d'éviter des hospitalisations inutiles. Par conséquent, les hospitalisations pour ces pathologies se sont avérées utiles comme mesure indirecte du fonctionnement du premier niveau de soins. Un modèle de soins axé sur les personnes et la communauté exige une capacité de réponse accrue au premier niveau afin de couvrir de façon adéquate la promotion de la santé, la prévention et la gestion opportune des problèmes de santé. Un premier niveau de soins solide peut entraîner une réduction des hospitalisations évitables et inutiles et peut également fournir des services de réadaptation et palliatifs plus proches des communautés. L'indicateur de pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires évalue la capacité de réponse au premier niveau de soins en termes d'hospitalisations évitables, en partant du principe que les hospitalisations pour des

<table>
<tr><td></td><td>pathologies telles que l'asthme, le diabète ou l'hypertension, par exemple, peuvent être évitées ou réduites avec de meilleurs programmes de promotion de la santé et des interventions spécifiques pour la prévention et l'accès en temps opportun au premier niveau de soins. L'évaluation de ces pathologies peut fournir des données probantes sur la qualité technique, l'efficacité et la continuité des soins et, étayer ainsi le processus de prise de décisions concernant la configuration des réseaux intégrés de services de santé. Il convient de noter que la viabilité à long terme des systèmes de santé sera meilleure si les économies générées par la réduction du nombre d'hospitalisations sont transférées sous forme d'incitations pour le renforcement du premier niveau de soins, créant ainsi un cercle vertueux dans lequel la combinaison d'un nombre réduit d'hospitalisations, de coûts totaux d'hospitalisation plus faibles et de soins de premier niveau de meilleure qualité améliore l'efficience des services de santé et la qualité des résultats de la santé.</td></tr>
<tr><td>Note technique</td><td>Le pourcentage d'hospitalisations pour des pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires est calculé comme suit :

(sorties d'hôpital pour des pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires / total des sorties d'hôpital) * 100

Les pathologies suivantes, désignées par le code CIM-10, sont les principales pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires. Leur utilisation en tant qu'indicateurs est étayée par de nombreuses données probantes scientifiques dans la littérature internationale.

<table>
<tr><th>N°</th><th>Pathologie</th><th>Classification CIM-10</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Maladies à prévention vaccinale</td><td>A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Pathologies évitables, y compris le rhumatisme articulaire aigu, la syphilis, la tuberculose et la tuberculose pulmonaire</td><td>A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Gastro-entérite infectieuse et complications</td><td>E86, A00-A09</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Anémie</td><td>D50</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Carences nutritionnelles</td><td>E40-E46, E50-E64</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Infections ORL</td><td>H66, J00-J03, J06, J31</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Pneumonie bactérienne</td><td>J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Asthme</td><td>J45-J46</td></tr>
<tr><td>9</td><td>Maladies des voies respiratoires inférieures</td><td>J20, J21, J40-J44, J47</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Hypertension</td><td>I10-I11</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Insuffisance cardiaque congestive</td><td>I20</td></tr>
<tr><td>12</td><td>Insuffisance cardiaque</td><td>I50, J81</td></tr>
<tr><td>13</td><td>Maladies cérébrovasculaires</td><td>I63-I67, I69, G45-G46</td></tr>
<tr><td>14</td><td>Diabète sucré</td><td>E10-E14</td></tr>
<tr><td>15</td><td>Épilepsie</td><td>G40-G41</td></tr>
<tr><td>16</td><td>Infections des reins et des voies urinaires</td><td>N10-N12, N30, N34, N39</td></tr>
<tr><td>17</td><td>Infection de la peau et des tissus sous-cutanés</td><td>A46, L01-L04, L08</td></tr>
<tr><td>18</td><td>Maladies inflammatoires des organes pelviens féminins</td><td>N70-N73, N75-N76</td></tr>
<tr><td>19</td><td>Ulcère gastro-intestinal</td><td>K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2</td></tr>
<tr><td>20</td><td>Maladies liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum</td><td>O23, A50, P35.0</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans, en fin d'année
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Sorties d'hôpital, services statistiques des ministères de la Santé et études d'efficacité des services de santé.
Limitations	Les résultats de cet indicateur doivent être interprétés en fonction de la situation dans chaque pays, car la demande d'hospitalisations dans certains endroits peut être liée à la disponibilité des ressources et aux carences du système de santé. Par conséquent, lors de l'évaluation de cet indicateur, il est important de tenir compte d'autres questions ayant une incidence sur la capacité de réponse du réseau de services de santé.
Références	1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance. Cad Saude Pública. 2009;25(6):1337-49. 2. Aparicio Llanos A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Costa Rica. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5735 3. Arrieta A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Perú. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5734 4. Arrieta, Alejandro, and Ariadna García Prado. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: the case of Chile. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5733 5. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria." Rev Esp Salud Pública 2002;76(3):189-96. 6. Caminal J, Casanova C. Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual 2003;31(1):61-5. 7. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Framework. Aten Primaria 2003;31(1):6-14. 8. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rev Clin Esp 2001;201(9):501-7. 9. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray F, López A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5740 10. Delgado EB, Peribañez JB, Lizaga NM, Abadía B, Villaverde MV. Grupo Atlas VPM. Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid : Ministère de la Santé et de la Consommation ; 2008.

	11. Falik M, Needleman J, Wells BL, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. Med Care 2001;551(61). 12. Guanais FC, Goméz-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5733 13. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. Journal of Ambulatory Care Management 2009;32(2):115-122. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51. 14. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Archives of Family Medicine 1998;352-357. 15. Gómez-Suárez R, Guanais FC. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Paraguay. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5732 16. Organisation de coopération et de développement économiques. Avoidable hospital admissions. In Health at a Glance, 108-109. Paris : OCDE ; 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/health_glance-2013-43-en 17. Macinko J, de Oliveira VB, Turci M, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health 2011;101(10). 18. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PdF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff 2010;29(12). 19. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Chronic diseases, primary care and health systems performance diagnostics, tools and interventions. Novembre 2011. Discussion paper. 20. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy Plan 2011(043). 21. Rodríguez Abrego G, Zurita B, Ramírez Sánchez T, Herrera Rojas, Joaquín J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de México. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5743 22. Rodríguez J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Colombia. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5739 23. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V, Rubinstein F. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: el caso de Argentina. Washington (DC) : Banque interaméricaine de développement ; 2012. Disponible sur : http://publications.iadb.org/handle/11319/5741 24. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. N Engl J Med 1996;10:1441-7. 25. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992.
Liens	• Cible 1.5 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 4.2.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 1:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 1.b:** Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la capacité de réponse du premier niveau de soins
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont fait des progrès démontrés dans le renforcement de la capacité de réponse du premier niveau de soins en mettant en œuvre les huit axes stratégiques de base suivants : 1. Adopter un modèle de soins axé sur les personnes, les familles et les communautés. 2. Désigner des équipes de santé de base composées d'au moins un médecin, un/une infirmier/infirmière et un agent de promotion de la santé ou un technicien de la santé, sur la base de critères d'équité, d'accessibilité géographique, de profil épidémiologique et de priorités sanitaires. 3. Définir des objectifs et des cibles pour le premier niveau de soins en fonction des besoins de la population, du profil épidémiologique et des priorités sanitaires en termes de couverture, d'équité et de personnes en situation de vulnérabilité. 4. Établir le plan de prestations ou le portefeuille de services de santé complets devant être fournis par le premier niveau de soins (pour les personnes, les familles et les communautés) en fonction des besoins de la population, du profil épidémiologique et des priorités sanitaires. 5. Définir des plans sectoriels, intersectoriels et communautaires pour le premier niveau de soins axés sur la promotion de la santé, les déterminants sociaux concernés et les facteurs de risque pour la santé. 6. Maintenir des plateformes et des programmes de gestion des connaissances pour le développement des compétences de gestion, cliniques et interdisciplinaires des ressources humaines au premier niveau de soins, en fonction des besoins de la population, du profil épidémiologique et des priorités sanitaires. 7. Mettre en place des plateformes technologiques, de communication et d'information au premier niveau de soins qui facilitent : *a)* la coordination, la communication et les systèmes de référence, *b)* l'information sur les patients, les familles et les communautés, *c)* la programmation et la coordination des services spécialisés de diagnostic et de traitement et de la prescription et de la fourniture des médicaments, *d)* la coordination et la logistique des médicaments et fournitures et *e)* l'exécution des fonctions de santé publique (telles que la surveillance et l'analyse des inégalités et des obstacles en matière d'accès). 8. Établir des mécanismes et des processus qui facilitent : *a)* l'autonomisation des personnes en matière de santé et d'auto-prise en charge, *b)* la participation sociale à la planification, à la gestion, au suivi et à l'évaluation des plans et interventions de santé, *c)* la promotion et la surveillance de la santé, la prévention et le contrôle des maladies au niveau communautaire, *d)* la tutelle social de la santé et la reddition de comptes. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 34
But de l'indicateur	Le premier niveau de soins devrait être le nœud de l'articulation du réseau des services de santé et le premier point de contact avec le système de santé pour les personnes, les familles

	et les communautés. Il fournit des soins complets pour répondre à la plupart des besoins et des demandes de la population en matière de santé au fil du temps et tout au long du parcours de vie. La configuration de l'équipe de santé au premier niveau et sa capacité de réponse peuvent varier en fonction de la situation sanitaire, des déterminants sociaux et des caractéristiques démographiques du territoire et de la population couverts. La *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* définit la capacité de réponse comme la capacité des services de santé de fournir des soins de santé adaptés aux besoins et aux demandes de la population, en fonction des connaissances scientifiques et techniques actuelles, ce qui aura pour résultat une amélioration de la santé. La capacité de réponse du premier niveau de soins implique : *a)* le respect des fonctions du premier niveau et de l'ensemble des actions et services définis comme nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population, *b)* la capacité de répondre efficacement à la demande de soins, et l'effet produit par les actions du premier niveau sur le cycle continu de soins dans un réseau de services de santé, et *c)* la conformité aux objectifs qui contribuent à l'obtention des résultats visés en ce qui concerne l'état de santé de la population. L'expérience dans la Région a montré qu'une grande variété d'actions stratégiques peuvent améliorer la capacité de réponse du premier niveau de soins. Il s'agit notamment de : *a)* la fourniture de ressources humaines adéquates en termes de quantité, de répartition et de compétences, *b)* la fourniture de ressources technologiques et financières adéquates, *c)* des actions visant à assurer la disponibilité effective et en temps voulu de services de santé complets qui répondent aux demandes de la population, *d)* des mécanismes pour faciliter l'action sectorielle et intersectorielle, *e)* la connaissance des caractéristiques et besoins de la population et l'établissement des priorités et objectifs sur la base de ces caractéristiques et besoins, *f)* l'autonomisation des personnes et des communautés afin qu'elles participent à la protection et à la promotion de la santé, *g)* des mécanismes et instruments pour faciliter la coordination, la communication, l'information pour la santé et la logistique des fournitures et ressources.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et territoires qui ont renforcé le premier niveau de soins en mettant en œuvre des interventions dans les huit domaines prioritaires énumérés ci-dessus. L'OPS élabore actuellement un instrument d'auto-évaluation, y compris des moyens de vérification, qui sera mis à la disposition des pays à la fin de 2019. Cet outil permettra aux pays de définir des niveaux de référence et des cibles pour leurs plans visant à renforcer le premier niveau de soins, et de suivre la mise en œuvre de ces plans.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans, en fin d'année
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Enquêtes réalisées par les parties prenantes dans les pays et territoires, données administratives fournies par les autorités nationales.
Limitations	Les données sont fondées sur des enquêtes d'auto-évaluation et peuvent ne pas inclure toutes les informations nécessaires pour démontrer que le premier niveau de soins a été renforcé de façon efficace.
Références	1. Caminal A, Martin-Zurro A. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutiva del sistema de salud y su medición. Atención Primaria 2005:456-461.

	2. Organisation panaméricaine de la Santé. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington (DC) : OPS ; 2007. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31083 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington (DC) : OPS ; 2010. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31216 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponibles sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr 5. Organisation panaméricaine de la Santé. Fortaleciendo el primer nivel de atención: elementos para la cooperación técnica desde la OPS. Washington (DC) : OPS; 2019. 6. López P, et al. Procedimiento para medir la capacidad resolutiva de los equipos básicos de salud. Revista Cubana de Salud Pública 2014;40(4):249-262.
Liens	• Cibles diverses de l'ODD 3 • Cible 1.6 du PASDA2030

Résultat Intermédiaire 2. La santé tout au long du parcours de vie

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.a:** Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont couverts par des méthodes modernes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui ne veulent pas (plus) d'enfants ou qui veulent reporter leur prochaine grossesse et qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne. **Niveau de référence 2019 :** 60 % **Cible 2025 :** 68 %
But de l'indicateur	Cet indicateur est le corollaire de l'indicateur 3.7.1 de la cible 3.7 des ODD, qui appelle à « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ». Il répond également à la cible de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030* : « Assurer l'accès universel aux services et aux droits de la santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale). » Cet indicateur est utile pour évaluer les niveaux globaux de couverture des programmes et services de planification familiale. L'accès à et l'utilisation d'un moyen de contraception efficace permettent aux femmes et à leurs partenaires d'exercer leur droit de décider librement et de manière responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cet effet. Répondre à la demande de planification familiale par des méthodes modernes contribue à la santé maternelle et infantile en prévenant les grossesses non désirées et les grossesses rapprochées, qui présentent plus de risques de mauvais résultats obstétricaux. Satisfaire les besoins de planification familiale est également l'un des investissements les plus rentables pour réduire la pauvreté et améliorer la santé.
Note technique	**Numérateur :** nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode contraceptive moderne.* **Dénominateur :** demande totale de planification familiale, définie comme la somme de la prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) et des besoins non satisfaits de planification familiale.** Les estimations portent sur les femmes mariées ou vivant en couple. * Les méthodes modernes de contraception, telles que définies par l'OMS, comprennent les pilules contraceptives orales, l'implant, les contraceptions injectables, le patch et l'anneau vaginal, le dispositif intra-utérin (DIU), la stérilisation féminine et masculine, les préservatifs masculins et féminins, la méthode de l'aménorrhée due à la lactation, les pilules contraceptives d'urgence, la méthode des jours standard, la méthode de la température du corps, la méthode des deux jours et la méthode sympto-thermique.

	** La prévalence contraceptive est le pourcentage de femmes qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode contraceptive, quelle que soit la méthode utilisée. Le besoin non satisfait de planification familiale est défini comme le pourcentage de femmes en âge de procréer, mariées ou vivant en couple, qui veulent arrêter ou retarder la procréation mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé génésique (HSS/CLAP)
Source des données	Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, série de données sur l'utilisation de la contraception dans le monde.
Limitations	• Les différences dans la conception et la mise en œuvre des enquêtes, ainsi que les différences dans la formulation et l'administration des questionnaires d'enquête, peuvent influer sur la comparabilité des données. Les différences les plus courantes ont trait à l'éventail des méthodes contraceptives utilisées et aux caractéristiques (âge, sexe, état matrimonial ou vie en couple) des personnes pour lesquelles on estime la prévalence contraceptive (la population de base). La période de temps utilisée pour évaluer la prévalence contraceptive peut également varier. Dans la plupart des enquêtes, il n'y a pas de définition de ce que l'on entend par « utiliser actuellement » une méthode contraceptive. • La variabilité de l'échantillonnage peut également poser problème, en particulier lors de la mesure de la prévalence contraceptive pour un sous-groupe spécifique (en fonction de la méthode, du groupe d'âge, du niveau d'instruction, du lieu de résidence, etc.) ou lorsque l'on analyse des tendances dans le temps. • Il faut éviter toute comparaison stricte entre des estimations fondées sur des définitions différentes.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030. 56e Conseil directeur de l'OPS, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC) : OPS ; 2018 (document CD56/8, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=46458-cd56-8-f-pda-fea&category_slug=56-directing-council-french-9967&Itemid=270&lang=fr 2. Division de la statistique des Nations Unies – Objectifs de développement durable. Proportion de femmes en âge de procréer dont les besoins en matière de planification familiale sont couverts par des méthodes modernes (3.7.1) 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Recueil d'indicateurs d'impacts et de résultats intermédiaires - Plan stratégique 2014-2019. Octobre 2014. Indicateur de résultat 3.1.1. Besoins de planification familiale non satisfaits. 4. Organisation des Nations Unies. Utilisation de contraceptifs dans le monde en 2018 (POP/DB/CP/Rev2017), Publication de l'Organisation des Nations Unies. 5. Alkema, LA and others (2013). National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. The Lancet, Volume 381, Issue 9878, pp. 1642-1652. Voir également l'appendice sur Internet présentant les détails techniques.
Liens	• Cible 1.4 du PASDA2030 • Indicateur 3.7.1 des ODD • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.b:** Taux de fécondité des femmes âgées de 10 à 19 ans (ventilé par groupe de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le nombre annuel de naissances chez les adolescentes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans pour 1000 adolescentes dans ces groupes d'âge. Cet indicateur ne s'appliquait auparavant qu'au groupe des 15-19 ans, mais l'indicateur 3.7.2 des ODD demande maintenant qu'il soit également mesuré dans le groupe des 10-14 ans **Niveau de référence 2010-2015 :** 66,5 naissances pour 1000 adolescentes **Cible 2025 :** 59,9 naissances pour 1000 adolescentes
But de l'indicateur	L'indicateur montre les progrès réalisés dans l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des adolescentes dans un pays, un territoire, une zone géographique ou un sous-groupe au cours d'une période donnée. Il s'agit d'un indicateur important du point de vue du parcours de vie, car la grossesse adolescente affecte profondément les trajectoires de santé et de développement de la mère et de ses enfants. La grossesse adolescente contribue à de mauvais résultats en matière de santé et à un risque élevé de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles. De nombreuses filles qui tombent enceintes ne vont plus à l'école ou sont obligées d'abandonner l'école, ce qui a un impact majeur à long terme sur leurs possibilités d'éducation et d'emploi. Par conséquent, la grossesse adolescente contribue à la persistance des cycles intergénérationnels de pauvreté, d'exclusion et de mauvais résultats de santé. Cet indicateur est le corollaire de l'indicateur 3.7.2 des ODD : « Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge ». C'est également un indicateur de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030*.
Note technique	Le taux de fécondité des adolescentes par âge est calculé sous la forme d'un ratio. Le numérateur est le nombre de naissances vivantes d'adolescentes âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans pendant une période donnée, et le dénominateur est le nombre d'adolescentes du même âge pendant la même période, multiplié par 1000. Le numérateur et le dénominateur sont définis différemment selon qu'on utilise les données de l'état civil, les données d'enquêtes et les données des recensements, comme expliqué ci-dessous. *Statistiques de l'état civil :* le numérateur est le nombre de naissances vivantes enregistrées chez les adolescentes âgées de 10 à 19 ans au cours d'une année donnée, et le dénominateur est la population estimée ou dénombrée d'adolescentes âgées de 10 à 19 ans. *Données d'enquêtes :* le numérateur est le nombre de naissances vivantes obtenu à partir des antécédents de naissance rétrospectifs des femmes interrogées âgées de 10 à 19 ans au moment des naissances au cours d'une période de référence précédant l'entretien. Le dénominateur est le nombre d'années-personnes vécues entre 10 et 19 ans par les femmes interrogées au cours de la même période de référence. L'année d'observation couverte correspond au milieu de la période de référence. Pour certaines enquêtes sans données sur les antécédents de naissances rétrospectifs, le calcul du taux de natalité des adolescentes est basé

	sur la date de la dernière naissance ou sur le nombre de naissances dans les 12 mois précédant l'enquête. *Données des recensements :* l'indicateur est calculé en fonction de la date de la dernière naissance ou du nombre de naissances dans les 12 mois précédant le recensement. Le recensement fournit à la fois le numérateur et le dénominateur des taux. Dans certains cas, les taux basés sur les recensements sont ajustés pour tenir compte du sous-enregistrement sur la base de méthodes d'estimation indirectes. Les estimations mondiales et régionales sont régulièrement calculées par la Division de la population de l'ONU, sur la base des moyennes pondérées en fonction de la population, et sont habituellement exprimées en taux pour une période donnée (par exemple, 2010-2015). Les catégories de désagrégation pouvant être prises en compte, en vue de mettre en lumière les inégalités, comprennent le lieu de résidence, la race/origine ethnique, le niveau d'instruction et le niveau de revenus.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Ratio
Fréquence de mesure	Annuelle si l'on utilise les données de l'état civil ; tous les 5 ans si l'on utilise les estimations de la Division de la population de l'ONU.
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Le cours de la vie (HSS/HL)
Source des données	Registres de l'état civil du pays ; estimations du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, Division de la population.
Limitations	• En ce qui concerne les données de l'état civil, les taux peuvent être influencés par le caractère exhaustif de l'enregistrement des naissances, le traitement des nourrissons nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou dans les 24 premières heures de leur vie, la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et l'inclusion des naissances des périodes précédentes. La qualité des estimations de la population peut souffrir de déclarations erronées sur l'âge et d'une couverture incomplète. • Pour les données d'enquêtes et de recensements, le numérateur et le dénominateur proviennent tous deux de la même population. Les principales limites concernent les déclarations erronées sur l'âge, les omissions de naissances, les déclarations erronées sur les données de naissance de l'enfant et la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.
Références	1. Division de la statistique des Nations Unies – Objectifs de développement durable. Taux de natalité chez les adolescentes (3.7.2). 2. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire de la santé mondiale - Indicator Metadata Registry – Adolescent Birth Rate. 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Recueil d'indicateurs d'impacts et de résultats intermédiaires - Plan stratégique 2014-2019. Octobre 2014. Indicateur de résultat 3.1.6 – Taux de fécondité spécifique chez les femmes de 15 à 19 ans. 4. Organisation des Nations Unies. Manuel de collecte de données sur la fécondité et la mortalité, Publication de l'Organisation des Nations Unies, No. E.03.XVII.11. Disponible sur : https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92f.pdf
Liens	• Indicateur 3.7.2 des ODD • Cible 1.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.1.6 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

	• *Plan d’action régional pour la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent 2018-2030*

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.c:** Proportion d'accouchements assistés dans les centres de santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de naissances qui ont lieu dans un hôpital ou un autre établissement de santé (« naissances dans des établissements de santé » ou « accouchements dans des établissements de santé »). **Niveau de référence 2016 :** 93,7 % **Cible 2025 :** 95,6 %
But de l'indicateur	Pour réduire la mortalité maternelle et infantile, l'objectif optimal à long terme est que toutes les naissances aient lieu dans (ou à proximité immédiate) des établissements de santé où les complications obstétricales peuvent être traitées si et quand elles surviennent. Cet indicateur vise à identifier l'accès des femmes aux établissements de santé pour les accouchements. Il convient de noter qu'accoucher dans un établissement de santé ne garantit pas nécessairement des soins de haute qualité ou un bon résultat obstétrical. Cet indicateur ne tient pas compte des informations sur la disponibilité de l'équipement ou du personnel de santé qualifié pour fournir des soins pendant l'accouchement. Par conséquent, des informations supplémentaires peuvent être nécessaires sur la qualité des soins.
Note technique	**Numérateur :** nombre de naissances enregistrées dans les établissements de santé* dans une zone et pour une année donnée. **Dénominateur :** nombre attendu de naissances vivantes dans la même zone et pour la même année. Le dénominateur est calculé en multipliant la population totale de la zone par le taux de natalité brut de la même zone. Les bureaux nationaux de statistiques ont tendance à baser leurs projections démographiques sur les résultats de leur dernier recensement ou d'enquêtes récentes telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser des estimations pour la zone géographique spécifique plutôt que d'appliquer le taux de natalité brut national à toutes les régions. Cet indicateur est exprimé en pourcentage pour la Région mais peut également être calculé pour une zone donnée. * Les établissements de santé sont définis comme des lieux qui fournissent des soins de santé. Ils comprennent les hôpitaux, les cliniques, les centres de soins ambulatoires et les centres de soins spécialisés comme les centres d'accouchement. Aux fins de cet indicateur, le numérateur sera calculé en ne prenant en compte que les accouchements dans les établissements de santé qui disposent des ressources nécessaires pour fournir des soins maternels sûrs.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé génésique (HSS/CLAP)

Source des données	Les données sont fournies par l'autorité sanitaire nationale, sur la base de données collectées systématiquement par le système national d'information (unités, départements ou instituts épidémiologiques, de surveillance ou statistiques), ou obtenues au moyen d'enquêtes.
Limitations	• Les principales limitations sont la fiabilité et la disponibilité en temps opportun des données. • Cet indicateur mesure l'accès aux établissements de santé, mais il ne rend pas compte de manière adéquate de l'accès des femmes à des soins de qualité.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Health situation in the Americas: core indicators 2018. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511
Liens	• Indicateur 3.1.2 des ODD • Cible 1.3 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.d:** Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié qui dispense des soins pendant l'accouchement (selon la définition de l'OMS), quel que soit le lieu où ces naissances ont lieu, exprimée en pourcentage du nombre total de naissances vivantes au cours d'une année et dans un pays/territoire donnés. Le personnel qualifié comprend des obstétriciens, des médecins ayant reçu une formation en soins obstétricaux, des sages-femmes formées à l'université et du personnel infirmier ayant reçu une formation en soins obstétricaux. Il ne comprend pas les accoucheuses traditionnelles, qu'elles soient formées ou non. **Niveau de référence 2016 :** 96,4 % **Cible 2025 :** 98,3 %
But de l'indicateur	Pour réduire la mortalité maternelle et infantile, l'objectif optimal à long terme est que toutes les naissances soient assistées par du personnel qualifié en mesure de s'occuper en toute sécurité des accouchements normaux, des grossesses à haut risque et des complications graves qui peuvent survenir pendant l'accouchement.
Note technique	**Numérateur :** nombre de naissances assistées par du personnel qualifié dans une zone et au cours d'une année données. **Dénominateur :** nombre attendu de naissances vivantes dans la même zone et pour la même année. Le dénominateur est calculé en multipliant la population totale de la zone par le taux de natalité brut de la même zone. Les bureaux nationaux de statistiques ont tendance à fonder leurs projections démographiques sur les résultats de leur dernier recensement ou de leurs enquêtes récentes, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser des estimations pour la zone géographique spécifique plutôt que d'appliquer le taux de natalité brut national à toutes les régions.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé génésique (HSS/CLAP) Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Analyse de la santé et équité (EIH/HA)
Source des données	Les données sont fournies par l'autorité sanitaire nationale, sur la base de données collectées systématiquement par le système national d'information ou obtenues au moyen d'enquêtes.
Limitations	• L'indicateur est une mesure de la capacité d'un système de santé à fournir des soins adéquats pendant l'accouchement, une période de risque de mortalité et de morbidité élevé pour la mère et le nouveau-né. Cependant, ce n'est pas la seule. En soi, cet indicateur peut ne pas refléter de manière adéquate l'accès des femmes à des soins de bonne qualité, en particulier lorsque des complications surviennent. Pour réduire efficacement le nombre de décès maternels, les personnes qualifiées s'occupant des accouchements doivent disposer du matériel nécessaire et d'options de référence adéquates. Il est impensable qu'une

	personne s'occupant de l'accouchement isolée n'ayant pas accès à de telles ressources, ou même un professionnel possédant d'excellentes compétences techniques, puisse régulièrement obtenir d'excellents résultats en cas de complications obstétriques graves. • Il est parfois difficile d'uniformiser la définition du personnel de santé qualifié en raison des différences de formation du personnel dans les différents pays. Bien que des efforts aient été réalisés pour normaliser les définitions des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes et des sages-femmes auxiliaires utilisées dans la plupart des enquêtes auprès des ménages, il peut encore exister des différences dans les classifications qui peuvent compliquer les comparaisons entre les pays. • Les erreurs dues à la mémoire constituent une autre source potentielle de biais dans les données. Dans les enquêtes auprès des ménages, on pose des questions à la personne interrogée sur chaque naissance vivante pendant une période allant jusqu'à cinq ans avant l'entretien. Cette personne ne connait pas ou ne se rappelle pas toujours les qualifications de la personne l'ayant aidée à accoucher. • La plupart des pays utilisent les données des établissements de santé pour établir leurs rapports. Toutefois, ces données peuvent surestimer la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans la mesure où le dénominateur peut ne pas inclure toutes les femmes qui accouchent en dehors des établissements de santé.
Références	1. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), Propuesta de fichas de metadatos de los indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Grupo de trabajo ad hoc encargado de elaborar una propuesta de indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 7 août 2017. Disponible sur : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42335/S1700724_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Liens	• Indicateur 3.1.2 des ODD • Cible 1.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.1.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.e:** Nombre de pays et territoires ayant la capacité de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques ou stratégies nationales visant à améliorer la santé et le développement des jeunes enfants qui s'appuient sur le cadre OMS/UNICEF Soins attentifs pour le développement de la petite enfance
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires ayant une politique ou une stratégie nationale visant à améliorer la santé et le développement des jeunes enfants au moyen de la mise en œuvre et du suivi d'actions stratégiques multisectorielles conformes à celles recommandées dans le document de l'OMS/UNICEF *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain*. Ce cadre, étayé par l'expérience des pays de la Région, a été présenté aux États Membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018. **Niveau de référence 2019 :** 19 **Cible 2025 :** 23
But de l'indicateur	D'après le cadre de l'OMS/UNICEF *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance*, l'état de développement d'un enfant est un résultat intermédiaire qui est le fruit de divers intrants spécifiques au contexte : nutrition adéquate, soins adaptés, protection contre les risques environnementaux, protection contre la violence, possibilités d'apprentissage précoce et services de prévention des maladies et de traitement et de réadaptation. Pour créer les conditions nécessaires à l'épanouissement de chaque enfant, il faut une action coordonnée de la part des divers secteurs et niveaux de gouvernement ainsi que de la société civile, des communautés et des familles. Aucun secteur ne peut garantir à lui seul que chaque enfant atteindra son plein potentiel de développement. Cet indicateur a pour objectif d'assurer un suivi des progrès des pays dans la formulation ou le renforcement d'une réponse multisectorielle nationale visant à améliorer la santé et le développement des jeunes enfants. Les pays de la Région n'ont pas tous réalisé le même niveau de progrès dans ce domaine. Certains pays ont déjà mis en place des stratégies ou des politiques nationales, mais font face à des défis en termes de qualité des services et d'accès pour ceux qui en ont le plus besoin. D'autres n'ont pas encore décidé du moment opportun pour formuler ce type de politique ou de stratégie. Pour cet indicateur, les jeunes enfants sont définis comme les enfants de moins de 5 ans, y compris ceux qui sont encore in utero. Il est reconnu que certains pays peuvent inclure des enfants d'autres groupes d'âge ou ne pas inclure la période de la grossesse. C'est pourquoi le suivi et les rapports pour cet indicateur incluront une description des caractéristiques de la population cible telles qu'énoncées dans les documents officiels.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays ayant une politique ou une stratégie nationale qui remplit tous les critères suivants : 1. La population cible est constituée des jeunes enfants et de leur famille. 2. La politique/stratégie est multisectorielle : le secteur de la santé et au moins un autre secteur gouvernemental ont défini un mécanisme formel de coordination et de collaboration.

	3. Elle est axée sur la famille : le rôle des soignants est explicitement reconnu, les services et le soutien répondent aux besoins des enfants et des soignants, et la participation de la famille et de la communauté est encouragée. 4. Elle est axée sur l'équité et cible explicitement les personnes les plus vulnérables. 5. Elle est axée sur les données : des cibles et un mécanisme de mesure des progrès sont définis. L'OPS recueillera les documents officiels et en examinera le contenu pour vérifier la présence des caractéristiques susmentionnées. L'unité technique responsable de la mise en œuvre de la politique ou stratégie nationale sera contactée pour obtenir des informations et confirmer l'évaluation finale. L'OPS fera rapport sur le nombre de pays ayant une politique ou une stratégie nationale et une description qualitative de leurs caractéristiques essentielles.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Le cours de la vie (HSS/HL)
Source des données	• En 2018, le cinquième cycle de l'Enquête mondiale de l'OMS sur les politiques de santé génésique, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent a été réalisé, et 30 pays de la Région y ont participé et ont partagé divers documents officiels. Cette base de données servira à rassembler les documents pertinents pour cet indicateur. La base de données de l'enquête mondiale sur les politiques sera mise à jour périodiquement par l'OMS. • Les sites Web officiels des ministères concernés constitueront une autre source de données. Ces sites Web seront examinés périodiquement et les documents officiels seront téléchargés. • Pour les pays où les sources de données précédentes indiquent qu'aucune stratégie ou politique nationale n'a été formulée, les services techniques des ministères concernés seront contactés pour confirmer ces informations.
Limitations	Aucune attendue.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Cadre de soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325724/9789242514063-fre.pdf?ua=1 2. Organisation mondiale de la Santé. Maternal, newborn, child and adolescent health: Policy monitoring and action. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/policy-monitoring-action/en/ 3. Organisation mondiale de la Santé. 2018-2019 Global reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey. Disponible sur : https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/national-policies?selectedTabName=Documents
Liens	Sans objet

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 2:** Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 2.f:** Nombre de pays et de territoires qui élaborent, mettent en œuvre et assurent le suivi des politiques ou des stratégies avec une approche intégrée de la santé des hommes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont des politiques ou des stratégies spécifiques qui appuient des approches intégrées et axées sur la personne pour s'assurer que les écarts dans la santé des hommes sont traités. La santé des hommes est définie comme étant les résultats en matière de santé des hommes dans la population. **Niveau de référence 2019 :** 5 **Cible 2025 :** 5
But de l'indicateur	Dans certains aspects de la santé, les résultats intermédiaires continuent d'être pires chez les hommes que chez les femmes. Afin d'améliorer la santé des hommes dans la Région, il est important de comprendre le nombre de pays et de territoires qui ont adopté une approche intégrée pour la santé des hommes.
Note technique	Une méthodologie pour obtenir l'inventaire des ressources financières, humaines (professionnelles et non professionnelles) et d'infrastructure pour la santé des hommes sera appliquée. Cela comprend des consultations dans le pays avec des représentants du gouvernement, des décideurs et des médecins de soins primaires afin de déterminer si l'infrastructure est disponible pour fournir aux hommes des soins de santé adéquats qui augmentent leur espérance de vie en bonne santé.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Le cours de la vie (HSS/HL)
Source des données	Enquêtes réalisées par les parties prenantes dans les pays et territoires ; systèmes administratifs d'information sanitaire.
Limitations	• Cet indicateur ne mesure pas si la santé des hommes s'améliore ou non, mais seulement s'il existe des stratégies et des politiques visant à combler les écarts. • Les données pour cet indicateur seront fondées sur les réponses des parties prenantes dans les pays. Par conséquent, les données sont subjectives et peuvent être incomplètes.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire de la santé mondiale - Indicator Metadata Registry. 2. Baker P, Dworkin S, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. (2013). The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. Bulletin de Organisation mondiale de la Santé 2014;92:618-620. Disponible sur : https://www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132795/en/
Liens	Sans objet

Résultat Intermédiaire 3. Des soins de qualité pour les personnes âgées

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 3:** Capacité de réponse accrue du système de santé pour fournir des soins de qualité, complets et intégrés aux personnes âgées, afin de surmonter les obstacles à l'accès, de prévenir la dépendance aux soins et de répondre aux demandes actuelles et futures
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 3.a:** Nombre de pays et territoires ayant la capacité de prévenir la dépendance
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont démontré leur capacité à prévenir la dépendance aux soins. La dépendance aux soins est définie comme le besoin constant pour une personne d'un soutien partiel ou complet de la part d'autres personnes dans l'exécution des activités de base de la vie quotidienne (comme manger, prendre un bain, s'habiller, se préparer, se déplacer, aller aux toilettes/continence) en raison d'une diminution fonctionnelle qui entraîne une perte des capacités d'autosuffisance autonome. Les soins peuvent être dispensés dans un cadre formel (par exemple dans un établissement) ou à domicile, par des professionnels et/ou des membres de la famille. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 6
But de l'indicateur	L'indicateur mesure les avancées progressives des États Membres de l'OPS sur le plan de l'accroissement de la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins d'une population vieillissante. L'objectif est d'améliorer la fonctionnalité des personnes âgées (65 ans et plus) afin de réduire leur dépendance à l'égard des autres et de garantir que leurs besoins sont satisfaits. La fonctionnalité est conceptualisée comme une interaction dynamique entre l'état de santé d'une personne et les facteurs contextuels pertinents (à savoir les circonstances environnementales et personnelles). La perte de capacité fonctionnelle due au handicap peut empêcher une personne d'accomplir les activités de base de la vie quotidienne et peut rendre la personne dépendante de soins. La dépendance des soins augmente la demande de soins de longue durée, ce qui accroît les pressions qui pèsent sur les familles, les communautés et les systèmes sociaux, économiques et sanitaires du pays. Les stratégies visant à prévenir la dépendance comprennent l'élargissement de l'accès équitable à des soins de santé de qualité et à des services sociaux et communautaires qui aident les personnes à maintenir leur capacité fonctionnelle et leur capacité d'interagir de façon autonome avec leur communauté.
Note technique	Pour atteindre l'indicateur, un pays doit avoir démontré sa capacité à prévenir la dépendance en prenant au moins deux des mesures suivantes : 1. Mettre en œuvre une politique nationale à l'appui d'évaluations globales des personnes âgées. 2. Recueillir des données mesurant la fonctionnalité des personnes âgées. 3. Établir des plans ou des politiques fondés sur des données probantes pour accroître la fonctionnalité des personnes âgées. 4. Augmenter le nombre de professionnels formés qui s'occupent de la diminution de la fonctionnalité chez les personnes âgées. Les professionnels formés comprennent, sans toutefois s'y limiter, les professionnels de la réadaptation (p. ex. physiothérapeutes, ergothérapeutes), les travailleurs sociaux et les gériatres.
Type d'indicateur	Absolu

Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 3 ans
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Le cours de la vie (HSS/HL)
Source des données	Données tirées d'enquêtes et des systèmes administratifs d'information sur la santé.
Limitations	Cet indicateur n'est pas mesuré de façon systématique et nécessite des réponses de la part des pays.
Références	1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bull World Health Organ 2004;82(4):251-258. Disponible sur : https://www.who.int/bulletin/volumes/82/4/251.pdf
Liens	Sans objet

Résultat Intermédiaire 4. Capacité de réponse aux maladies transmissibles

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4**: Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.a:** Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont eu accès à des services de dépistage du VIH et qui ont reçu un diagnostic d'infection à VIH. **Niveau de référence 2019 :** 77 % **Cible 2025 :** 90 %
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure les progrès en termes d'augmentation de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH ; il reflète également l'efficacité des interventions de dépistage du VIH. Grâce au dépistage du VIH, les personnes peuvent connaître leur statut sérologique et obtenir sans délai les services de prévention et de traitement nécessaires.
Note technique	**Numérateur :** nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes. **Dénominateur :** nombre de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes. Pour le numérateur : dans les pays où les systèmes de surveillance des cas de VIH fonctionnent bien, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur état est égal au nombre de personnes diagnostiquées séropositives et signalées au système de surveillance qui sont encore en vie. (Si le système de surveillance n'enregistre pas le statut vital mis à jour, les chiffres doivent être ajustés en soustrayant le nombre estimé de décès.) Pour le dénominateur : les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source privilégiée pour obtenir le nombre de personnes vivant avec le VIH.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	ONUSIDA et OMS, et les rapports des pays dans le cadre du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM).
Limitations	Les contraintes comprennent la disponibilité limitée des données et la mauvaise qualité des données déclarées si les systèmes de surveillance ne surveillent pas le statut vital. Il peut y avoir double comptage des cas. Les estimations modélisées des personnes vivant avec le VIH sont sujettes aux incertitudes liées à ces estimations.
Références	1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019 - Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016. Disponible sur :

	https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
Liens	• Cible 10.1 du PASDA2030 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14), adapté

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.b:** Couverture du traitement antirétroviral (TARV) chez les personnes vivant avec le VIH
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la couverture de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) parmi toutes les personnes vivant avec le VIH. Une couverture de 80 % ou plus est définie à l'échelle internationale comme un accès universel et est conforme aux cibles internationales en matière de soins et de traitement du VIH (90-90-90). Depuis 2015, l'Organisation mondiale de la Santé recommande le TARV pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4, dans le cadre de la politique « Traiter tout le monde ». **Niveau de référence 2019 :** 61 % **Cible 2025 :** 90 %
But de l'indicateur	L'indicateur proposé assure un suivi de l'accès au TARV et sa couverture, un élément clé du cycle continu prévention-traitement-soins du VIH. Une couverture élevée a un fort impact sur les résultats de santé publique, en aidant à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à en prévenir la transmission.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre de personnes sous traitement antirétroviral, d'après les rapports fournis par les ministères de la Santé. **Dénominateur :** nombre estimé de personnes vivant avec le VIH dans le pays, quel que soit le nombre de CD4. Les dénominateurs par pays sont générés par l'ONUSIDA, à l'aide de méthodes et d'outils de modélisation statistique normalisés. Calcul au niveau régional : Somme des valeurs du numérateur pour le pays divisée par la somme des valeurs du dénominateur pour le pays, multipliée par 100.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	ONUSIDA et OMS, et les rapports des pays dans le cadre du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM).
Limitations	• Il existe certaines incertitudes quant à l'exactitude de la modélisation statistique lorsqu'elle est appliquée à des pays plus petits où l'épidémie est concentrée. • Cet indicateur mesure la couverture globale du traitement antirétroviral. Il ne mesure pas les inégalités de couverture, en particulier celles liées au genre et aux populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les professionnel(le)s du sexe et les personnes transgenres. Les problèmes locaux, comme la présence d'immigrants sans papiers, influeront également sur l'exactitude de l'indicateur. Il est essentiel de continuer à assurer le suivi de l'accès aux TARV et leur couverture du

	point de vue du genre et de l'équité, en se concentrant sur les populations clés et la qualité des soins qu'elles reçoivent.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. HIV continuum of care monitoring framework, 2014, addendum to meeting report: regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean. Washington (DC) : OPS ; 2014. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Itemid 2. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. 2015. 3. Organisation mondiale de la Santé. Le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne – Lignes directrices unifiées. 2017.
Liens	• Cible 10.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.1.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14), adapté

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.c:** Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires où au moins 95 % des femmes dont le test de dépistage de la syphilis était positif pendant la grossesse ont reçu un traitement approprié. Le traitement approprié de la syphilis chez les femmes enceintes consiste à administrer au moins une dose intramusculaire (IM) de benzathine pénicilline G. **Niveau de référence 2017 :** 19 **Cible 2025 :** 29
But de l'indicateur	En 1995, les États Membres de l'OPS ont adopté le plan d'action régional pour l'*Élimination de la syphilis congénitale dans les Amériques* (résolution CD38.R8). Cet engagement a été renouvelé en 2010 avec l'adoption de la *Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale* (résolution CD50.R12), puis en 2016 avec le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14). Aux fins de cet indicateur, la documentation d'une dose unique de pénicilline est suffisante pour établir le traitement. Le traitement d'une femme enceinte séropositive pour la syphilis avec une seule injection de 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline G avant l'âge gestationnel de 24 semaines est suffisant pour prévenir la transmission de la syphilis de la mère au bébé. Cependant, trois injections à intervalles hebdomadaires sont recommandées pour traiter la syphilis latente et prévenir la syphilis tertiaire chez la mère. Il s'agit également d'un indicateur de processus pour évaluer la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.
Note technique	Cet indicateur permet de suivre la couverture du traitement chez les femmes enceintes dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif. Calcul au niveau des pays : **Numérateur :** nombre de femmes enceintes dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif pendant la grossesse et qui ont reçu un traitement approprié. Ce nombre est agrégé à partir des dossiers des établissements de santé. Le traitement peut être fourni aux femmes infectées par la syphilis à divers endroits (p. ex. cliniques prénatales ou cliniques de santé sexuelle et génésique) pendant la grossesse. Les femmes ne devront pas être comptées dans le numérateur si elles n'ont pas été testées ou traitées, et le système de collecte et de déclaration des données devra faire l'objet de références croisées afin de minimiser le risque de double comptage. **Dénominateur :** nombre total de femmes enceintes présentant une sérologie positive pour la syphilis pendant la grossesse. Ce nombre est extrait des dossiers du programme national agrégés à partir des registres des établissements de santé. Note : une autre méthode consiste à calculer la couverture d'un pays en fonction de la population en divisant le nombre de femmes enceintes infectées par la syphilis qui ont reçu le traitement approprié par le nombre attendu de femmes enceintes séropositives. Le nombre

	attendu de femmes enceintes séropositives peut être estimé en multipliant le nombre estimé de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes. Calcul au niveau régional : Une fois la couverture au niveau des pays calculée, l'indicateur régional est obtenu en comptant le nombre de pays et territoires avec une couverture de 95 % ou plus.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, à la fin de l'année civile
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	Autorités sanitaires nationales faisant rapport au processus du Suivi mondial de la lutte contre le sida
Limitations	Cet indicateur reflète la couverture parmi les femmes enceintes testées pour la syphilis et n'est donc pas un indicateur basé sur la population. Les calculs fondés sur une couverture élevée du dépistage de la syphilis dans les cliniques prénatales correspondraient approximativement à la couverture basée sur la population.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis. Regional Monitoring Strategy, 3rd Edition. Washington (DC) : OPS ; 2013. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6083 2. ONUSIDA. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019 : Indicateurs de suivi de la déclaration. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
Liens	• Cible 10.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat 1.1.3 du Plan stratégique 2014-2019 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.d:** Couverture du traitement de la tuberculose
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le nombre de nouveaux cas et de cas de rechute de tuberculose qui ont été déclarés et traités, divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose au cours d'une année donnée, exprimé en pourcentage pour la Région. **Niveau de référence 2019 :** 81 % **Cible 2025 :** 90 %
But de l'indicateur	Cet indicateur est utilisé pour montrer les progrès réalisés en matière de détection et de traitement de la tuberculose en vue d'atteindre la cible de la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose pour 2025. Il s'agit de l'un des 10 indicateurs prioritaires de la stratégie.
Note technique	**Numérateur** : nombre de patients atteints de tuberculose diagnostiqués et traités au cours d'une année donnée. **Dénominateur** : nombre estimé de cas de tuberculose au cours de la même année. Le chiffre obtenu est multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage régional.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	Système mondial de collecte de données sur la tuberculose de l'OMS.
Limitations	Le nombre de patients atteints de tuberculose diagnostiqués et traités n'est disponible qu'après un an.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2018. Genève : OMS ; 2018. Disponible sur : https://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/ 2. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels. Genève: WHO; 2015.
Liens	• Cible 10.2 du PASDA2030 • *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose* (document CD54/11, Rev. 1), adapté

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.e:** Nombre de pays et territoires d'endémie avec >70 % des cas de paludisme diagnostiqués et traités dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires d'endémie du paludisme qui fournissent un diagnostic et un traitement pour au moins 70 % des cas de paludisme dans les 72 heures suivant le début des symptômes. Le traitement du paludisme n'est indiqué que chez les personnes ayant eu un diagnostic parasitologique par microscopie ou test rapide. **Niveau de référence 2017 :** 5 pays sur 19 **Cible 2025 :** 9 pays sur 19
But de l'indicateur	Un diagnostic précoce et un traitement rapide sont les principaux moyens de prévenir les complications cliniques du paludisme. Un traitement précoce est également la principale action pour réduire le réservoir humain du parasite et réduire ainsi la transmission. Le traitement doit être commencé immédiatement après le diagnostic. L'accès au diagnostic et au traitement précoce dépend de l'organisation des réseaux de services de santé dans les zones endémiques. L'indicateur cherche donc à évaluer la capacité du système de santé à atteindre les communautés à risque de paludisme.
Note technique	Les systèmes d'information des pays où le paludisme est endémique enregistrent systématiquement les dates d'apparition des symptômes et de début du traitement. La gestion des informations sur le paludisme dans les bases de données nominales indique si le traitement a commencé dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes. L'indicateur est calculé en comptant le nombre de cas qui remplissent cette condition au numérateur et le nombre total de cas déclarés au dénominateur. **Numérateur :** nombre de cas de paludisme (cas autochtones ou tous les cas) diagnostiqués et traités dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes.* **Dénominateur :** nombre total de cas de paludisme (cas autochtones ou tous les cas) signalés.* * Les cas importés d'autres pays sont souvent difficiles à détecter dans les premiers jours qui suivent l'apparition de l'infection, période pendant laquelle il se peut que la personne infectée soit encore à l'étranger. Par conséquent, on s'attend à ce que dans les situations où la majorité des cas signalés sont des cas importés (comme dans les pays proches de l'élimination), l'indicateur puisse être faible, malgré l'existence de bons processus de surveillance. C'est pourquoi, chaque fois que le système d'information le permet, en particulier dans les pays ayant peu de cas, l'indicateur sera limité aux cas de transmission autochtone acquise localement.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, en fin d'année
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité des maladies négligées, tropicales et à transmission vectorielle (CDE/VT)
Source des données	Rapports annuels des pays sur le paludisme.

Limitations	• Dans les pays où la proportion de cas importés est élevée, la plupart des cas peuvent présenter des retards de détection du fait que les personnes sont infectées dans un autre pays. Cela a une incidence sur la performance globale de l'indicateur, même dans les pays qui disposent de processus de surveillance adéquats. • Dans les pays où le nombre de cas autochtones est très faible, le retard dans la détection de quelques cas seulement peut avoir un effet négatif sur l'indicateur. • Des erreurs systématiques dans l'enregistrement ou la notification des dates d'apparition des symptômes ou de début du traitement dans les municipalités où la charge est élevée peuvent avoir une incidence importante sur la mesure. • Un ajustement intentionnel des dates pour améliorer la performance de l'indicateur a été observé au niveau infranational dans certains pays.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Lutte contre le paludisme : surveillance, suivi et évaluation : un manuel de référence. Genève : OMS ; Organisation mondiale de la Santé 2018. 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Situation of malaria in the Region of the Americas, 2000-2015. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-report-situation-malaria-amer-00-15.pdf
Liens	• Cible 10.6 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.f:** Nombre de pays et territoires ayant la capacité de mener une surveillance intégrée des cas d'arbovirus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui assurent une surveillance épidémiologique intégrée des maladies à arbovirus. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 20
But de l'indicateur	L'indicateur reflète la capacité des pays et territoires à générer des données pour guider les actions en temps opportun de prévention et de contrôle des maladies à arbovirus.
Note technique	L'indicateur est calculé en comptant les pays et territoires qui démontrent que leurs programmes de surveillance des arbovirus sont capables de générer des données de qualité pour guider les actions de prévention et de contrôle en temps opportun.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Semestrielle, en milieu et fin d'année
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité des maladies négligées, tropicales et à transmission vectorielle (CDE/VT)
Source des données	Rapports des visites de suivi et rapports des points focaux de l'OPS/OMS ; informations épidémiologiques envoyées à l'OPS/OMS.
Limitations	• Les pays et territoires peuvent décider de ne pas partager les informations épidémiologiques sur les maladies à arbovirus avec l'OPS/OMS ou de ne pas afficher ces informations dans les domaines publics. • La surveillance intégrée des arbovirus ne garantit pas que la surveillance sera représentative des virus en circulation.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. IMS-arbovirus (publication prévue en 2019). 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Tool for the evaluation of IMS-arbovirus (publication prévue en 2019). 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Guidance/protocol for the integrated epidemiological surveillance of arboviral diseases (publication prévue en 2019).
Liens	• Cible 10.10 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.g:** Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % au niveau national de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires ayant déclaré une couverture nationale moyenne d'au moins 95 % de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (VCRR). **Niveau de référence 2017 :** 11 **Cible 2025 :** 16
But de l'indicateur	Cet indicateur reflète les progrès vers une couverture élevée et uniforme de la deuxième dose de vaccin VCRR, recommandée dans le cadre d'une série de deux doses, afin de réduire le risque de flambées de rougeole et de rubéole chez les adolescents et les adultes.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et territoires qui ont atteint une couverture moyenne nationale d'au moins 95 % pour la deuxième dose de vaccin VCRR. En outre, ces informations peuvent également être comparées au nombre total de pays de la Région qui ont inclus la deuxième dose de vaccin VCRR dans leurs programmes.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS au moyen du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification.
Limitations	Les données reflètent uniquement la couverture administrative, qui peut varier d'une année à l'autre si les données sur la population ne sont pas actualisées ou s'il y a des migrations importantes.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 [Internet]. 29e Conférence sanitaire panaméricaine, 69e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2017 (document CSP29/8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41213&Itemid=270&lang=fr
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.h:** Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) dans 80 % des municipalités
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % avec trois doses du vaccin DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche) chez les enfants de moins d'un an, pour une année donnée, exprimée en pourcentage de la population correspondante en milieu d'année, dans au moins 80 % des municipalités, districts ou juridictions similaires. **Niveau de référence 2017 :** 7 **Cible 2025 :** 27
But de l'indicateur	L'indicateur montre si un pays dispose d'un programme de vaccination très efficace dans le cadre d'un système de santé complet qui fonctionne correctement, avec des plans de vaccination techniquement solides qui ciblent les populations difficiles à atteindre pour accroître la couverture vaccinale à tous les niveaux, y compris les municipalités, les districts ou les juridictions similaires.
Note technique	Le niveau de couverture est calculé en divisant le nombre d'enfants de moins d'un an qui ont reçu trois doses du vaccin DTC par la population totale d'enfants de moins d'un an dans un pays, un territoire ou une zone géographique à un moment donné. L'indicateur se réfère aux unités infranationales du deuxième niveau administratif, telles que les municipalités, les districts ou les juridictions similaires.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS au moyen du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification.
Limitations	Les données reflètent uniquement la couverture administrative, qui peut présenter des problèmes de qualité et varier si les données sur la population ne sont pas actualisées ou s'il y a des migrations importantes.
Références	Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf
Liens	• Cible 5.2 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.5.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • *Plan d'action en matière de vaccination* (CD54/7, Rev. 2), adapté

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.i:** Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin antipneumococcique au niveau national
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % avec trois doses de vaccin antipneumococcique conjugué chez les enfants de moins de 2 ans, pour une année donnée, exprimée en pourcentage de la population correspondante en milieu d'année, dans un pays, un territoire ou une zone géographique donnés. **Niveau de référence 2017 :** 5 **Cible 2025 :** 14
But de l'indicateur	Bien que de nouveaux vaccins sûrs et efficaces soient homologués et lancés sur le marché international chaque année, certains de ces vaccins ne font pas encore partie du calendrier officiel de vaccination dans de nombreux pays. Dans certains pays qui ont introduit de nouveaux vaccins, la couverture n'est pas aussi élevée que pour les vaccins « traditionnels ». Cet indicateur contribue au suivi de l'introduction de nouveaux vaccins dans les calendriers nationaux de vaccination comme moyen important de renforcer les programmes de vaccination dans la Région des Amériques. Le calendrier pour ce vaccin comprend trois doses chez les enfants de moins de 2 ans.
Note technique	Cet indicateur est calculé en divisant le nombre d'enfants de moins de 2 ans qui ont reçu trois doses du vaccin antipneumococcique (conformément au calendrier national de vaccination) par la population totale d'enfants d'au moins 1 an et de moins de 2 ans, dans un territoire ou une zone géographique spécifique à un moment donné. Lorsque les données ont été obtenues auprès des pays, une moyenne pondérée de la population des enfants de moins de 2 ans dans la Région est calculée. Une couverture de 100 % ou plus est rapportée comme étant de 99 %.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS au moyen du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification.
Limitations	Pour la plupart des pays et territoires, Les données ne reflètent que la couverture administrative, qui peut présenter des problèmes de qualité et varier si les données sur la population ne sont pas actualisées ou s'il y a des migrations importantes.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 4:** Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 4.j:** Nombre de pays et territoires qui ont intégré les vaccins anti-VPH dans leur programme national de vaccination
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) dans leur programme systématique de vaccination pour au moins une cohorte de la population cible (filles et adolescentes de 9 à 14 ans). **Niveau de référence 2017 :** 34 **Cible 2025 :** 44
But de l'indicateur	Le VPH est extrêmement répandu et on estime que 90 % des personnes seront infectées à un moment donné de leur vie, ce qui les expose à de graves problèmes de santé comme le cancer du col de l'utérus chez les femmes. En 2017, l'OMS estime que la prévalence mondiale du VPH chez les femmes est de 11,7 %. L'Amérique latine et les Caraïbes ont une prévalence de 16,1 %, soit la deuxième prévalence la plus élevée après l'Afrique subsaharienne (24 %). Trois vaccins actuellement sur le marché peuvent être utilisés pour prévenir les types de VPH à haut risque. Étant donné les avantages considérables pour la santé de la vaccination anti-VPH et afin d'éliminer le cancer du col de l'utérus, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS et le Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination (GCT) de l'OPS encouragent les États Membres à introduire ce vaccin dans leur calendrier de vaccination systématique s'ils ne l'ont pas encore fait. Le vaccin contre le VPH doit être administré aux filles âgées de 9 à 14 ans avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives.
Note technique	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires dont le calendrier vaccinal comprend le vaccin contre le VPH. Tous les vaccins contre le VPH sont très efficaces pour prévenir l'infection par les types 16 et 18 du virus, qui sont responsables d'environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus dans le monde. Les vaccins sont également très efficaces pour prévenir les lésions précancéreuses du col de l'utérus causées par ces types du virus. Les données des essais cliniques et de la surveillance initiale post-commercialisation effectués sur plusieurs continents montrent que les trois vaccins sont sûrs.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels des pays à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS au moyen du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification.
Limitations	Pour la plupart des pays et territoires, les données ne reflètent que la couverture administrative, qui peut présenter des problèmes de qualité et varier si les données sur la population ne sont pas actualisées ou s'il y a des migrations importantes.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf

	2. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapports du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=2032
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9), adapté

Résultat Intermédiaire 5. Accès aux services pour les MNT et les troubles mentaux

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.a:** Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible mondiale des MNT pour 2025 pour enrayer l'augmentation du diabète évalué en fonction de la prévalence normalisée sur la base de l'âge de l'hyperglycémie/diabète chez les adultes âgés de 18 ans et plus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont atteint la cible mondiale pour 2025 en matière de maladies non transmissibles consistant à enrayer la progression du diabète. Au niveau des pays, on peut suivre cette évolution en calculant le pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont une hyperglycémie ou du diabète ou qui prennent des médicaments contre l'hyperglycémie, et en comparant les données à l'année de référence de 2010 pour la cible mondiale pour les MNT. **Niveau de référence 2019 :** 14 **Cible 2025 :** 14
But de l'indicateur	Le diabète est l'une des principales causes de décès prématurés dus à des maladies non transmissibles. Cet indicateur reflète la prévalence de l'hyperglycémie/diabète dans la population adulte et les variations dans le temps. Il indique l'ampleur du problème en termes de taille de la population adulte qui a besoin de services de santé et de traitement pour contrôler son diabète.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur** : nombre total de personnes de 18 ans et plus dont la glycémie à jeun a été mesurée à ≥ 7,0 mmol/L (126 mg/dl), ou qui déclarent prendre des médicaments pour leur hyperglycémie. **Dénominateur** : taille totale de la population âgée de 18 ans et plus. Les pays et territoires qui n'enregistrent aucune augmentation de la prévalence chez les adultes de l'hyperglycémie/diabète entre l'année de référence et l'année cible 2025 sont considérés comme ayant atteint cet indicateur.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les États Membres mènent des enquêtes auprès de la population (de préférence représentatives au niveau national) qui mesurent le diabète/l'hyperglycémie (par exemple, les enquêtes STEPS), généralement tous les 4 à 5 ans.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Enquêtes nationales sur la santé auprès de la population. L'OPS aide les États Membres à utiliser l'enquête STEPS, qui est une méthodologie bien établie et normalisée de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque de MNT.
Limitations	• Les enquêtes nationales auprès de la population qui mesurent les MNT et leurs facteurs de risque ne sont pas menées aussi fréquemment que recommandé. Par conséquent, les

	données nationales et régionales pour cet indicateur peuvent être incomplètes ou remonter à plusieurs années. • Il y a aussi des limites potentielles liées aux erreurs de mesure, du fait que les personnes peuvent ne pas être à jeun avant l'analyse de la glycémie dans le sang, ou à cause de la validité limitée des instruments de mesure.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Health situation in the Americas: core indicators, 2018. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.5 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev. 1)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.b:** Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible d'une prévalence de 35 % d'hypertension contrôlée au niveau de la population (<140/90 mmHg) chez les personnes souffrant d'hypertension âgées de 18 ans et plus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont une prévalence d'au moins 35 % d'hypertension contrôlée au niveau de la population (<140/90 mmHg) chez les personnes souffrant d'hypertension âgées de 18 ans et plus. **Niveau de référence 2019 :** 3 **Cible 2025 :** 12
But de l'indicateur	L'hypertension est le principal facteur de risque de souffrir et de mourir d'un événement cardiovasculaire. Cet indicateur mesure le contrôle de l'hypertension au niveau de la population, à l'aide de données d'enquêtes STEPS ou de type STEPS, pour mesurer l'efficacité et l'efficience de la performance du système de santé.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre de personnes souffrant d'hypertension contrôlée (personnes dont la tension artérielle systolique <140 mmHg et la tension artérielle diastolique <90 mmHg (mesurée). **Dénominateur :** nombre total de personnes souffrant d'hypertension (définies comme des personnes qui ont une tension artérielle systolique mesurée ≥140 mmHg ou une tension artérielle diastolique mesurée ≥90 mmHg), ou qui déclarent prendre actuellement des médicaments prescrits par un professionnel de la santé pour le traitement de l'hypertension. Calcul au niveau régional : Une fois que la prévalence de l'hypertension contrôlée dans les pays aura été obtenue à l'aide de données STEPS ou de données de type STEPS, comme indiqué ci-dessus, l'indicateur régional sera le nombre de pays ou territoires qui ont atteint la cible fixée de 35 % de prévalence d'hypertension contrôlée.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 4-5 ans, coïncidant avec l'enquête sur les facteurs de risque (voir source de données ci-dessous). Les pays devraient être en mesure de communiquer des données sur cet indicateur six mois après la fin de l'enquête.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Enquêtes nationales STEPS ou de type STEPS. On s'attend à ce que les pays utilisent l'approche globale STEPS, qui est une méthodologie de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque de MNT. Les pays peuvent utiliser une autre méthodologie pour la surveillance des facteurs de risque de MNT, mais cela nécessiterait un examen supplémentaire par l'OPS.
Limitations	Sur la base du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev. 1) actuel, les pays sont supposés mener des enquêtes tous les quatre ou cinq ans, mais cela n'a pas été fait de manière systématique dans le passé.

Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Noncommunicable diseases in the Region of the Americas: facts and figures. Washington (DC) : OPS ; 2019. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51483 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Monitoring and evaluation framework for hypertension control programs. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34877
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.4 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.c:** Nombre de pays et territoires disposant de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus qui atteignent au moins 70 % de couverture du dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, ou pour le groupe d'âge défini par la politique nationale
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui déclarent avoir un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus couvrant au moins 70 % des femmes âgées de 30 à 49 ans, ou pour le groupe d'âge défini dans leur politique nationale. Les femmes sont définies comme ayant été dépistées si elles ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au moins une fois ou plus au cours de leur vie, en utilisant l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), test de Papanicolaou ou dépistage du papillomavirus humain (VPH). **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 12
But de l'indicateur	Le cancer du col de l'utérus est l'un des principaux types de cancer dans les Amériques, et il peut être évité par la vaccination contre le VPH, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Cet indicateur mesurera la couverture du programme de dépistage à l'échelle de la population dans le groupe d'âge des femmes présentant le plus grand risque de développer un cancer du col de l'utérus, qui est l'un des indicateurs habituellement utilisés pour mesurer la qualité d'un programme de dépistage. L'OPS/OMS recommande une couverture de dépistage d'au moins 70 %, suivie d'un traitement rapide, pour que les programmes de dépistage du cancer soient efficaces.
Note technique	Chaque pays assure indépendamment un suivi de sa propre couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen du système d'information du programme national ou d'enquêtes de population qui comprennent des mesures de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il n'existe pas de système de notification systématique établi, et la qualité et l'exhaustivité des données sur la couverture du dépistage varient considérablement d'un pays à l'autre. Les États Membres fournissent des informations sur la couverture estimée du dépistage de leur programme de lutte contre le cancer dans le cadre de l'enquête de l'OPS/OMS sur les capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	L'enquête de l'OPS/OMS sur les capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles, qui est la principale source de données pour cet indicateur, est menée tous les deux ans.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Enquête de l'OPS/OMS sur les capacités nationales de lutte contre les maladies non transmissibles ; enquêtes nationales basées sur la population qui comprennent des mesures sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (si elles sont disponibles).
Limitations	La principale limite est la qualité et l'exhaustivité des données sur la couverture du dépistage. Cela demeure un défi dans la mesure où un système d'information et une méthode systématique et bien définie sont nécessaires pour saisir systématiquement les informations sur les femmes dépistées (contrairement à la réalisation de tests).

Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030. 56e Conseil directeur de l'OPS, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD56/9).Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45800&Itemid=270&lang=fr
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.7 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev. 1) • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9), adapté

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.d:** Nombre de pays et territoires qui accroissent l'accès aux soins palliatifs, évalué par l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes (à l'exclusion de la méthadone) en équivalent morphine
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui augmentent leur consommation d'analgésiques opioïdes forts équivalents à la morphine (à l'exclusion de la méthadone), comme indicateur indirect de l'accès aux soins palliatifs. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 6
But de l'indicateur	Des milliers de personnes atteintes de maladies non transmissibles, en particulier le cancer, ont besoin de soins palliatifs pour soulager la douleur et la souffrance et, lorsque le traitement curatif n'est pas une option, pour assurer la meilleure qualité de vie possible. Les services de soins palliatifs sont considérés comme faisant partie intégrante de la couverture et de l'accès à la santé universelle, pourtant la majorité de ceux qui en ont besoin n'ont pas accès à des soins palliatifs adéquats et appropriés, ce qui les expose à des souffrances inutiles. Cet indicateur mesure la consommation d'analgésiques opioïdes puissants comme indicateur indirect de l'accès à des services de soins palliatifs.
Note technique	Les niveaux de consommation de groupes de substances psychotropes sont exprimés à des fins statistiques sous forme de doses quotidiennes déterminées (DDD) pour 1000 habitants par jour. Ils sont calculés par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) à partir des statistiques sur la fabrication et le commerce fournies par les États Membres de l'OPS. L'équivalent morphine est une mesure permettant de normaliser les doses d'opioïdes forts et est tiré des ratios de DDD. Les données sur la consommation d'opioïdes sont tirées des rapports annuels de l'OICS.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Rapports annuels de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la consommation de stupéfiants.
Limitations	La qualité médiocre des données communiquées à l'OICS peut constituer une des limitations.
Références	1. Report of the International Narcotics Control Board for 2017 (internet) Disponible sur : https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2017.html
Liens	Indicateur 3.2.2 (adapté) du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/7, Rev. 1)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.e:** Nombre de pays et territoires dont les systèmes de surveillance ont la capacité de rendre compte sur les indicateurs clés du cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont fixé des cibles nationales assorties de délais pour les maladies non transmissibles et qui disposent d'une capacité de surveillance pour assurer un suivi de ces cibles et en rendre compte, conformément aux cibles et aux indicateurs du Cadre mondial de suivi de l'OMS pour les maladies non transmissibles. **Niveau de référence 2019 :** 24 **Cible 2025 :** 35
But de l'indicateur	La capacité de surveillance des MNT est évaluée en déterminant si les pays établissent des cibles nationales pour les MNT et produisent des données de qualité, analysent la mortalité due aux MNT et font rapport sur ces données, ont mis en œuvre une enquête sur les MNT basée sur la population au cours des cinq dernières années au moins, disposent d' un registre du cancer et utilisent un système d'information solide au niveau des soins de santé primaires. L'objectif de cet indicateur est de suivre la capacité des pays à assurer un suivi d'un minimum de neuf cibles et de 25 indicateurs du Cadre de suivi mondial et à en rendre compte. Cet indicateur est aligné sur l'indicateur 1 des indicateurs de l'OMS pour informer l'Organisation des Nations Unies sur le suivi des progrès de la lutte contre les MNT : « Les États Membres ont fixé des cibles nationales assorties d'échéances fondées sur les directives de l'OMS. » Les 10 indicateurs de suivi des progrès de l'Organisation des Nations Unies sont utilisés pour suivre la mise en œuvre des politiques et interventions présentées dans le *Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*.
Note technique	Les informations nécessaires à l'évaluation de cet indicateur sont collectées tous les deux ans à l'aide de l'enquête de l'OMS sur les capacités des pays pour lutter contre les maladies non transmissibles (CCS). Pour atteindre cet indicateur, un pays doit : a) répondre « Oui » à la question « Existe-t-il un ensemble de cibles nationales assorties d'échéances pour les MNT basées sur les neuf cibles mondiales volontaires du Cadre mondial de suivi des MNT de l'OMS » et b) fournir les justificatifs nécessaires. Les cibles doivent être assorties d'échéances, être basées sur les neuf cibles mondiales et prendre en compte la mortalité due aux maladies non transmissibles, ainsi que les principaux facteurs de risque dans le pays et/ou son système de santé. Les pays sont invités à soumettre une copie de leurs plans, cibles et indicateurs lorsqu'ils soumettent leur réponse à la CCS sur les MNT. Lorsque des divergences sont constatées, ils sont renvoyés au pays pour clarification et modification. Les neuf cibles volontaires du Cadre mondial de suivi de l'OMS sont les suivantes : 1. Réduction relative de 25 % de la mortalité globale due aux maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques 2. Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, comme approprié, compte tenu du contexte national 3. Baisse relative de 10 % de la prévalence d'une activité physique insuffisante

	4. Baisse relative de 30 % de la consommation moyenne en sel/sodium dans la population 5. Baisse relative de 30 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac 6. Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'élévation de la tension artérielle ou limitation de la prévalence de l'élévation de la tension artérielle en fonction du contexte national 7. Arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité 8. Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'un traitement médicamenteux et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux 9. Disponibilité et accessibilité financière pour 80 % des médicaments essentiels, y compris génériques, et des technologies de base nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs public et privé
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Enquête de l'OMS sur les capacités des pays pour lutter contre les maladies non transmissibles (CCS)
Limitations	• Dans la mesure où les informations sont auto-déclarées, les données peuvent être biaisées ou résulter d'une mauvaise interprétation des questions. • La validité des instruments d'enquête peut varier.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (2013-2019). 28e Conférence sanitaire panaméricaine, 64e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2012 (document CSP28/9. Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-9-f.pdf 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan Stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025: L'équité au cœur de la santé. Disponible sur : https://iris.paho.org/handle/10665.2/52954 4. Organisation mondiale de la Santé. Technical Note (1). How WHO will report in 2017 to the United Nations General Assembly on the progress achieved in the implementation of commitments included in the 2011 UN Political Declaration and 2014 UN Outcome Document on NCDs. May 2015. 5. Organisation mondiale de la Santé, 2020 – Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/330805 6. Organisation mondiale de la Santé. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications.
Liens	• *Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* • *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les Amériques 2013-2019*

	• Indicateurs de suivi des progrès de la lutte contre les MNT de l'Organisation des Nations Unies • Cadre mondial de suivi de l'OMS sur les MNT • Objectifs de développement durable

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.f:** Nombre de pays et territoires disposant de centres de soins tertiaires offrant des services de réadaptation avec des équipes multidisciplinaires pour les traumatismes complexes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui disposent d'équipes de réadaptation multidisciplinaires dans 100 % de leurs établissements de santé tertiaires/de troisième niveau qui gèrent des traumatismes complexes. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 15
But de l'indicateur	Il s'agit d'un indicateur traceur pour le suivi de la couverture des services de réadaptation. Tous les établissements tertiaires qui accueillent des patients présentant des traumatismes complexes devraient avoir une équipe de réadaptation. On suppose que si un pays dispose d'un service de réadaptation, il aura des services de réadaptation pour les personnes ayant des besoins complexes après un traumatisme. La réalisation de cet indicateur peut également indiquer la disponibilité de services pour d'autres besoins de santé au niveau tertiaire (p. ex., AVC).
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre d'établissements de santé tertiaires/de troisième niveau* qui gèrent des traumatismes complexes** et qui disposent d'équipes de réadaptation multidisciplinaires.*** **Dénominateur :** nombre total d'établissements de santé tertiaires/de troisième niveau. Calcul au niveau régional : Le nombre de pays et territoires ayant atteint 100 % sur l'indicateur est compté. * Les établissements tertiaires ou de troisième niveau peuvent être définis différemment selon les pays, mais dans tous les cas, ils doivent être capables de fournir des soins hautement spécialisés. Ils comptent généralement de 300 à 1500 lits et peuvent avoir des structures d'enseignement ; on les appelle souvent hôpitaux nationaux, centraux ou universitaires. Pour cet indicateur, il s'agit de ceux qui admettent ou traitent des personnes souffrant de traumatismes complexes, comme défini ci-dessous. ** Les traumatismes complexes sont des traumatismes qui causent des problèmes de santé importants ou multiples qui ont un impact sur divers domaines fonctionnels. Si aucune mesure fonctionnelle n'est recueillie ou disponible de façon systématique, les traumatismes suivants devraient être pris en considération : lésions de la moelle épinière, lésions traumatiques cérébrales, brûlures graves.

	*** La réadaptation multidisciplinaire comprend au moins trois des professions de réadaptation suivantes : médecine de réadaptation (physiatrie), soins infirmiers de réadaptation, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, spécialité prothétique et psychologie.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Données des ministères de la Santé et des établissements de santé ; données sur les services de réadaptation, y compris les évaluations STAR de l'OMS ; bases de données sur les traumatismes aux niveaux régional et des districts.
Limitations	• Il s'agit d'un indicateur ambitieux : des données complètes n'ont pas été compilées. • L'hypothèse sous-jacente est que toute personne ayant des besoins complexes après un traumatisme aurait un contact avec un établissement de soins de santé (probablement de niveau tertiaire). • La disponibilité des services n'implique pas l'accès à ces services, et l'accès devra faire l'objet d'un suivi séparé. • Il n'existe pas de norme mondiale pour les professions de la réadaptation et, dans certains cas, leur rôle peut être assumé par d'autres professions. • L'indicateur ne rend pas compte de la disponibilité de services de réadaptation au niveau secondaire ou primaire, qui sont également essentiels pour répondre aux besoins.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé (2018). Rehabilitation indicator menu: A Component of the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME) Tool, Version 1 (non publié) 2. Organisation mondiale de la Santé (2017). Rehabilitation 2030: A call to action. Disponible sur : https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030 3. Organisation mondiale de la Santé (2019). Universal Health Coverage Index and Tracer Indicators 4. Organisation mondiale de la Santé (2017). Rehabilitation in health systems. WHO Press, Genève.
Liens	• Cible 9.3 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.g:** Nombre de pays et territoires qui ont une capacité accrue de gestion des troubles de santé mentale au premier niveau de soins
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont une capacité accrue de gérer les troubles de santé mentale au premier niveau de soins. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 19
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure le degré d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, conformément aux objectifs du *Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020* de l'OPS et du *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS. Cet indicateur est important pour assurer un suivi de la transition d'un modèle de soins hautement centralisé et spécialisé pour les personnes atteintes de troubles mentaux vers un modèle décentralisé et communautaire relié aux services de soins de santé primaires.
Note technique	Calcul au niveau des pays : Pour atteindre cet indicateur, un pays doit déclarer que ses plans d'action en santé mentale sont mis à jour et qu'il a satisfait aux deux critères suivants pour démontrer une capacité accrue : 1. pourcentage accru de personnel de santé primaire ayant reçu une formation en santé mentale selon la norme mhGAP-IG.* 2. augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux prises en charge au premier niveau de soins de santé.** Une évaluation séquentielle des deux critères sur une base annuelle est requise. * Conformément à l'Atlas de la santé mentale 2017 de l'OMS, seule la formation en cours d'emploi est incluse (une journée de formation équivaut à au moins six heures). La formation sur le Guide d'intervention du Programme d'action de l'OMS Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP-IG) en est un exemple. ** Le premier niveau de soins fait référence aux prestataires de soins non spécialisés, y compris les médecins, le personnel infirmier et les autres agents de la santé, dans des établissements de soins de santé non spécialisés ou généraux. Les services et les agents spécialisés en soins de santé mentale ne doivent pas être inclus. Calcul au niveau régional : L'indicateur régional est calculé en comptant le nombre de pays et territoires qui répondent aux critères ci-dessus.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale. L'OPS demandera des informations aux pays tous les deux ans au moyen de l'Atlas de la santé mentale de l'OMS.

Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Les rapports des autorités sanitaires nationales et les données de l'Atlas les plus récentes seront consultés. Les données de la Santé dans les Amériques fourniront le nombre total de personnel de soins de santé primaires dans chaque pays.
Limitations	• De nombreux pays n'ont pas d'informations systématiques et fiables sur les processus de formation pour les soins de santé primaires. • Le suivi et l'évaluation de la formation mhGAP-IG et d'autres formations en soins de santé mentale sont limités, et il y a une supervision limitée des prestataires de soins de santé primaires qui ont reçu une telle formation. • L'OPS et l'OMS suggèrent que les pays mettent à jour l'Atlas de la santé mentale de l'OMS tous les deux ans (certains pays de la Région l'ont déjà fait). Néanmoins, il s'agit d'une initiative volontaire qui dépend des pays ; l'OPS encourage cette mise à jour périodique mais n'a pas de pouvoir décisionnel à cet égard.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Atlas de la santé mentale 2017. Genève: OMS. 2. Organisation mondiale de la Santé. (2016). Guide d'intervention mhGAP : Version 2.0. Genève: OMS. Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
Liens	• Cible 9.6 du PASDA2030 • Atlas de la santé mentale de l'OMS 2017

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.h:** Nombre de pays et territoires ayant augmenté le taux d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont augmenté le ratio d'admissions de personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux comme alternative aux hôpitaux psychiatriques. **Niveau de référence 2019 :** 10 **Cible 2025 :** 23
But de l'indicateur	Bien que les services communautaires soient largement considérés comme le meilleur moyen de fournir des traitements et des soins de santé mentale, de nombreux pays des Amériques allouent la majeure partie de leurs ressources en santé mentale aux hôpitaux psychiatriques. Cet indicateur est essentiel pour suivre l'avancement de la transition des pays d'une prestation des services de santé mentale dans des unités de soins d'hospitalisation de santé mentale centralisés, comme les hôpitaux psychiatriques, vers des services fournis par les hôpitaux généraux communautaires.
Note technique	Calcul au niveau des pays : Numérateur : taux de personnes atteintes de troubles mentaux admises dans les hôpitaux généraux au cours de l'année précédente. Dénominateur : taux de personnes atteintes de troubles mentaux admises dans les hôpitaux psychiatriques au cours de l'année précédente. Calcul au niveau régional : L'indicateur régional est calculé en comptant le nombre de pays ayant un ratio plus élevé de personnes atteintes de troubles mentaux admises dans les hôpitaux généraux au cours de l'année écoulée que dans les hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux généraux comprennent à la fois des établissements publics et privés à but non lucratif et des établissements à but lucratif. Le terme peut désigner un service ou une unité psychiatrique d'un hôpital général ou une unité de soins en hospitalisation psychiatrique communautaire pour enfants et adolescents, pour personnes âgées ou pour un autre groupe spécifique. Sont exclus de la définition les hôpitaux psychiatriques, les établissements résidentiels communautaires et les établissements qui prennent uniquement en charge des personnes traitées pour consommation de substances psychoactives ou handicap intellectuel.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale. L'OPS demandera des informations aux pays tous les deux ans au moyen de l'Atlas de la santé mentale.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Les données les plus récentes de l'Atlas de la santé mentale de l'OMS seront utilisées. En outre, les ministères de la Santé et les rapports des pays seront consultés.

Limitations	• Les déficiences des systèmes nationaux d'information sur la santé constituent une limitation majeure. • L'OPS et l'OMS suggèrent que les pays mettent à jour l'Atlas de la santé mentale de l'OMS tous les deux ans (certains pays de la Région l'ont déjà fait). Néanmoins, il s'agit d'une initiative volontaire qui dépend des pays ; l'OPS encourage cette mise à jour périodique mais n'a pas de pouvoir décisionnel à cet égard.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Atlas de la santé mentale 2017. Genève: OMS
Liens	• Cible 9.6 du PASDA2030 • Atlas de la santé mentale 2017 de l'OMS

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 5:** Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 5.i:** Nombre de pays et territoires qui ont augmenté le taux de personnes recevant des traitements (services pharmacologiques, psychosociaux, de réadaptation et de post-soins) pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le réseau de services de santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont accru la couverture des interventions de traitement (services pharmacologiques, psychosociaux, de réadaptation et post-soins) des troubles liés à l'usage de substances psychoactives. La couverture est mesurée par la proportion de personnes ayant besoin d'un traitement pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives qui ont accès à des services de traitement. Note : des efforts ont été faits pour s'aligner le plus possible sur l'indicateur 3.5.1 des ODD, qui fait actuellement l'objet de discussions. La méthodologie actualisée devrait être disponible lorsque la version actualisée du Questionnaire destiné aux rapports annuels (ARQ) de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) aura été approuvée par les États Membres au sein de la Commission des stupéfiants (CND) en mars 2020. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 14
But de l'indicateur	Les efforts visant à réduire l'impact sur la santé des troubles liés à l'usage de substances psychoactives exigent une intervention renforcée du système de santé à tous les niveaux, y compris les soins de santé primaires. Cela comprend l'élaboration de politiques, de lignes directrices et de lois sur la consommation d'alcool et de substances psychoactives, le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé en matière de stratégies et de réponses fondées sur des données probantes pour prévenir la consommation de substances psychoactives et le traitement des troubles connexes dans le réseau des services de santé, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité. La plupart des pays manquent d'informations à jour sur la consommation et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, ce qui rend presque impossible l'obtention de données fiables dans un court laps de temps pour établir un niveau de référence des besoins de traitement. Le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives est principalement assuré par des organisations non gouvernementales et d'autres prestataires indépendants, qui ont peu de liens avec le secteur de la santé et dont la supervision est insuffisante. L'intégration du traitement de ces troubles dans le système public de soins de santé à tous les niveaux de soins, y compris les interventions de premier niveau et communautaires, est une étape clé pour améliorer sa couverture et sa qualité. Les pays ont progressé dans le processus de réglementation et de contrôle de la fourniture de traitements pour la population ayant des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Nombre d'entre eux établissent des rapports annuels sur la population en traitement à l'aide de bases de données gérées par des observatoires nationaux des stupéfiants, en fonction des autorités nationales de contrôle des stupéfiants. La plupart des personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances psychoactives qui cherchent à obtenir des soins dans le réseau de services de santé publique ont recours aux services de santé mentale.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) :

	Numérateur : nombre de personnes qui ont été en contact avec des services de traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives au cours de l'année précédente. **Dénominateur :** nombre total de personnes ayant besoin d'un traitement pour des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Dans la mesure du possible, la couverture du traitement devrait être ventilée en deux groupes de substances (substances illicites et alcool et autres substances psychoactives), ainsi que par type de réponse thérapeutique (services pharmacologiques, psychosociaux et de réadaptation/post-soins).
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale. Les données relatives à l'indicateur sont collectées et communiquées à la fin de la période biennale et communiquées au début de la période biennale suivante.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Questionnaire destiné aux rapports annuels de l'ONUDC ; ministères de la Santé et rapports nationaux (des observatoires nationaux des stupéfiants).
Limitations	La disponibilité et la qualité des données peuvent être affectées par des déficiences des systèmes nationaux d'information sanitaire sur les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, ainsi que par les disparités entre les pays en matière de rapports sur la couverture et de qualité des informations fournies.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50e Conseil directeur de l'OPS, 62e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1er octobre 2010 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2010 (document CD50/18, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-f.pdf.
Liens	• Indicateur 3.5.1 (adapté) des ODD • Cadre d'impact du 13e PGT

Résultat Intermédiaire 6. Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 6:** Amélioration de la capacité de réponse de la part de services de santé complets et de qualité en cas de violence et de traumatismes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 6.a:** Nombre de pays et territoires qui réduisent au minimum l'intervalle de temps entre les accidents de la route et la prestation des premiers soins d'urgence professionnels
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui se sont fixés des cibles et les ont atteintes en matière de réduction de l'intervalle de temps entre un accident de la route ayant entraîné des traumatismes graves et la prestation des premiers soins professionnels d'urgence. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 5
But de l'indicateur	Cet indicateur est utile pour le suivi du nombre de pays et de territoires qui fournissent des services appropriés aux victimes de traumatismes non mortels dus à des accidents de la route.
Note technique	Cet indicateur est fourni par les mécanismes nationaux de coordination des services de soins d'urgence.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	L'indicateur est mesuré chaque année à l'aide d'informations recueillies auprès des pays.
Unité du BSP	• Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale (NMH) • Département des systèmes et services de santé (HSS)
Data Source	Données recueillies par les mécanismes nationaux de coordination des services préhospitaliers et de soins d'urgence.
Limitations	La difficulté de recueillir des données auprès de tous les services préhospitaliers et de soins d'urgence constitue une limitation.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Global road safety performance targets. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/12GlobalRoadSafetyTargets.pdf?ua=1 2. Organisation mondiale de la Santé. Developing voluntary global performance targets for road safety risk factors and service delivery mechanisms. 2017. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/WHODiscussionPaper-DevelopingVoluntaryGlobalPerformanceTargetsForRoadSafety_second_revision_22August2017.pdf?ua=1
Liens	Cible 9.5 du PASDA2030 Cibles mondiales de performance en matière de sécurité routière

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 6:** Amélioration de la capacité de réponse de la part de services de santé complets et de qualité en cas de violence et de traumatismes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 6.b:** Nombre de pays et territoires qui fournissent des services complets de prise en charge après un viol dans les services de santé d'urgence, conformément aux directives de l'OMS
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont intégré la prise en charge après un viol dans les services d'urgence, conformément aux lignes directrices de l'OMS. Pour atteindre cet indicateur, un pays doit disposer de services de santé d'urgence qui incluent les cinq critères applicables énumérés ci-dessous (voir note technique). **Niveau de référence 2019 :** 13 **Cible 2025 :** 18
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure si les pays et territoires ont intégré la prise en charge après un viol dans les services de soins d'urgence, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme et aux lignes directrices de l'OMS, afin de mesurer l'évolution de la disponibilité d'une prise en charge après un viol dans les services d'urgence pour les victimes de violences sexuelles. L'indicateur utilise la prise en charge après un viol comme indicateur indirect d'une réponse complète des services de santé face à la violence sous toutes ses formes, en raison de la disponibilité des données. Il est reconnu que de multiples formes de violence touchent les Amériques et se recoupent souvent. C'est pourquoi l'OPS continuera d'appuyer les efforts déployés par les États Membres pour renforcer la prestation de services de santé dans les établissements médicaux pour les victimes de toutes les formes de violence, y compris la violence faite aux femmes, aux enfants, la violence chez les jeunes, la violence par armes à feu et la violence subie par les personnes âgées, notamment. La *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (CD54/9, Rev. 2), approuvée par les États Membres de l'OPS en 2015, font de ce domaine de travail une priorité et utilisent cet indicateur pour mesurer les progrès. L'annexe 1 du *Projet de plan d'action mondial contre la violence* (document A69/9) propose un indicateur similaire.
Note technique	Conformément aux lignes directrices de l'OMS et à la stratégie et au plan d'action de l'OPS approuvé par les États Membres, la prise en charge complète des victimes de viol comprend les éléments suivants : 1. Soutien de première ligne et premiers soins psychologiques 2. Contraception d'urgence pour les femmes qui consultent dans les cinq jours 3. Référence pour un avortement sans risque si une femme est enceinte à la suite d'un viol, lorsque ces services sont autorisés par la législation nationale 4. Prophylaxie post-exposition aux IST et/ou au VIH, selon les protocoles applicables 5. Vaccination contre l'hépatite B En 2013, l'OMS a publié un ensemble de lignes directrices fondées sur des données probantes sur la manière dont le secteur de la santé devrait répondre aux besoins des victimes de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle contre les femmes sous le titre *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques de l'OMS*. En 2014, l'OMS a publié *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime*

	ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique, qui fournit des conseils supplémentaires aux prestataires de soins de santé. Pour plus de détails et d'informations, veuillez consulter ces documents (voir références ci-dessous).
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	• L'OPS a recueilli des données sur cet indicateur tous les trois ans (depuis 2015) dans le cadre des exigences en matière de rapports liées à la *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (document CD54/9, Rev. 2). • Rapport d'avancement de la riposte du secteur de la santé au VIH de l'OMS et le *Suivi mondial sur le sida* de l'ONUSIDA recueillent un indicateur similaire qui contribuera à l'établissement de rapports. • Des efforts seront également faits pour renforcer les sources d'information et de données sur les améliorations de la prestation des services de santé dans les établissements médicaux de chaque unité territoriale ou administrative pour les victimes de toutes les formes de violence.
Limitations	L'existence de services de prise en charge après un viol au sein des services d'urgence ne garantit pas que les services sont de bonne qualité ou que toutes les victimes qui ont besoin de soins peuvent y avoir accès.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes. 54e Conseil directeur, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD54/9, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31546&Itemid=270&lang=fr 2. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (2016). Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/ 3. Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques : Résumé d'orientation OMS. (2013).Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1 4. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : Manuel clinique (2014). Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/
Liens	• Cible 9.4 du PASDA2030 • *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes*

Résultat Intermédiaire 7. Personnel de santé

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 7:** Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 7.a:** Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de densité en ce qui concerne les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, avec au moins 25 personnels de santé pour 10 000 habitants dans les zones mal desservies, en gardant à l'esprit la cible mondiale de 44,5 d'ici à 2030
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de densité en ce qui concerne les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, avec au moins 25 personnels de santé pour 10 000 habitants dans les zones mal desservies. **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2019 :** 16
But de l'indicateur	La densité et la répartition des personnels de santé sont essentielles à la capacité des systèmes de santé de fournir des services de qualité et équitables à la population. Les données sur la disponibilité, la répartition, la qualité et la performance du personnel de santé sont des éléments essentiels pour l'élaboration de politiques et de plans nationaux en matière de ressources humaines pour la santé (RHS). Cet indicateur appuie la planification stratégique des RHS en vue d'atteindre l'objectif mondial de 44,5 personnels de santé pour 10 000 habitants en 2030 et, de façon plus générale, l'objectif de santé universelle dans la Région.
Note technique	**Numérateur :** nombre de personnels de santé,* défini sur la base des effectifs **Dénominateur :** population totale** dans les régions mal desservies Le nombre de personnels de santé est estimé pour 10 000 habitants. Une ventilation est recommandée par profession, niveau d'activité, niveau national et infranational (région, province, département, municipalité, en fonction du pays). * Les personnels de santé comprennent : a) les médecins agréés (y compris les généralistes et les médecins spécialistes) dans les établissements publics et privés du pays, b) le personnel infirmier professionnel agréé dans les établissements publics et privés (y compris les infirmiers agréés et les techniciens infirmiers, mais pas le personnel auxiliaire et non agréé) et c) les sages-femmes professionnelles agréées dans les établissements publics et privés. Une sage-femme professionnelle est « une personne qui a suivi avec succès un programme de formation de la pratique de sage-femme reconnu dans le pays correspondant et qui est fondé sur les compétences essentielles pour la pratique de base de la profession de sage-femme de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et dans le cadre des Normes mondiales pour la formation des sages-femmes de l'ICM ; qui a obtenu les qualifications requises pour être agréée ou obtenir une autorisation d'exercer légalement la profession de sage-femme et qui utilise le titre de « sage-femme » ; et qui démontre sa compétence dans l'exercice de la profession de sage-femme ». ** Population totale estimée par la Division de la statistique des Nations Unies. Dans les cas où une autre méthodologie est utilisée, l'OPS/OMS recalcule les densités sur la base des données démographiques de la Division de la statistique des Nations Unies afin d'harmoniser les densités et d'assurer la comparabilité.

	Note : les spécifications de cet indicateur sont en cours d'élaboration avec les États Membres dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des systèmes et services de santé, Unité des ressources humaines pour la santé (HSS/HR) Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Analyse de la santé et équité (EIH/HA)
Source des données	Les données seront fournies par les ministères de la Santé ou les agences sanitaires des pays. Parmi les autres sources de données possibles, on peut citer les registres ou bases de données sur le personnel de santé, les données agrégées provenant des établissements de santé (dossiers administratifs courants, système d'information pour la gestion de la santé, système d'information sanitaire de district, recensement ou enquête), les registres des conseils, chambres et associations professionnels, les enquêtes sur la population active, les données de recensements démographiques et les données démographiques de la Division de la statistique des Nations Unies.
Limitations	• Dans la plupart des pays, la couverture et la disponibilité des informations sur le personnel de santé du secteur privé à jour et disponibles dans le domaine public sont limitées. • Le développement des systèmes d'information en matière de RHS est limité dans certains pays. • Certains pays manquent de personnel spécialisé dans les systèmes d'information en matière de RHS. • Les investissements dans les systèmes et le développement des technologies de l'information sont insuffisants.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 29e Conférence sanitaire panaméricaine ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2017 (document CSP29/10). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-fr-9252&alias=41558-csp29-10-f-558&Itemid=270&lang=fr 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 56e Conseil directeur, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2018 (CD56/10). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-french-9967&alias=45771-cd56-10-f-pda-rh-771&Itemid=270&lang=fr 3. Organisation mondiale de la Santé. National health workforce accounts: a handbook. Draft for consultation (2016).
Liens	• Indicateur 3.c.1 des ODD • Cible 3.1 du PASDA2030 • Indicateur 2.1.3 du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/10, Rev. 1)

	• Indicateurs de base de l'OPS • Indicateurs 1-01 et 1-02 des Comptes nationaux du personnel de santé • Cadre d'impact du 13e PGT • Indicateur de résultat intermédiaire 4.5.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 7:** Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 7.b:** Nombre de pays et territoires qui disposent d'une équipe interprofessionnelle de santé au premier niveau de soins, conformément à leur modèle de soins
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont une norme technique officielle et un modèle national de soins en place fondé sur des équipes interprofessionnelles au premier niveau de soins, conformément au modèle de soins du pays. **Niveau de référence 2019 :** 12 **Cible 2025 :** 21
But de l'indicateur	L'indicateur encourage la répartition équitable et la rétention du personnel de santé grâce à l'élaboration d'une politique d'incitations professionnelles et économiques qui tient compte de la perspective de genre et qui est compatible avec les besoins spécifiques de chaque communauté, en particulier dans les zones mal desservies. L'existence de normes, de lois ou de réglementations est un critère essentiel pour évaluer la capacité des systèmes et services de santé à déployer des équipes interprofessionnelles dans les soins de santé primaires.
Note technique	Les spécifications de cet indicateur sont en cours d'élaboration avec les États Membres dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action sur les ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*. Critères proposés : 1. Normes techniques (ou lois) officiellement approuvées définissant la composition et le champ de pratique des équipes interprofessionnelles en soins de santé primaires. 2. Modèles nationaux de soins officiellement approuvés et établis, fondés sur des équipes multidisciplinaires travaillant dans les soins de santé primaires et les réseaux intégrés.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Deux fois par an
Unité du BSP	Département des systèmes et services de santé, Unité des ressources humaines pour la santé (HSS/HR)
Source des données	Les données seront fournies par les ministères de la Santé ou les agences sanitaires des pays. Parmi les autres sources de données possibles, on peut citer les registres ou bases de données sur le personnel de santé, les données agrégées des établissements de santé (dossiers administratifs courants, système d'information pour la gestion de la santé, système d'information sanitaire de district, recensement ou enquête), les registres des conseils, chambres et associations professionnels, les enquêtes sur la population active, les données de recensement de la population, les données de la population de la Division de la statistique des Nations Unies.
Limitations	Les définitions des équipes interprofessionnelles (en ce qui concerne la composition et le champ de pratique), du premier niveau de soins et des réseaux intégrés varient d'un pays à l'autre, selon le modèle de soins adopté. Cela peut avoir une incidence sur la comparabilité des données obtenues pour cet indicateur.

Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 29e Conférence sanitaire panaméricaine ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2017 (document CSP29/10). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-fr-9252&alias=41558-csp29-10-f-558&Itemid=270&lang=fr 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 56e Conseil directeur, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2018 (CD56/10). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-french-9967&alias=45771-cd56-10-f-pda-rh-771&Itemid=270&lang=fr 3. Organisation mondiale de la Santé. National health workforce accounts: a handbook. Draft for consultation (2016).
Liens	Indicateur 2.2.1 du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/10, Rev. 1)

Résultat Intermédiaire 8. Accès aux technologies de la santé

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8:** Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.a:** Nombre de pays et territoires qui veillent à ce que les produits figurant sur la liste des médicaments essentiels soient disponibles sans dépense à charge du patient au point de service
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui disposent de cadres juridiques, de stratégies et de programmes garantissant à la population l'accès aux produits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels sans dépense à la charge du patient au point de service. **Niveau de référence 2019 :** 4 **Cible 2025 :** 10
But de l'indicateur	Cet indicateur aide à évaluer les composantes essentielles de l'accès aux médicaments. Les pays et territoires qui atteignent cet indicateur mettent les médicaments essentiels à la disposition de la population et offrent une protection financière pour éviter un fardeau financier qui peut constituer un obstacle à l'accès, en particulier pour les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité, les patients souffrant de maladies chroniques et les patients dont les traitements comprennent des produits très onéreux.
Note technique	Pour vérifier la réalisation de l'indicateur, les types de documents suivants seront examinés : lois, décrets, résolutions et autres normes et réglementations publiés par les institutions gouvernementales dans l'exercice des fonctions législatives déléguées.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)
Source des données	Cadres juridiques nationaux, analyse de l'organisation des systèmes et services de santé et, dans certains cas, études sur l'accès au moyen de médicaments traceurs.
Limitations	• La principale limitation tient au fait qu'un cadre juridique ne garantit pas la mise en œuvre ou la disponibilité de médicaments gratuits au point de service ; cependant, c'est un bon indicateur indirect. • Un autre défi consistera à mesurer l'indicateur dans des systèmes de santé fragmentés. Les études sur l'accès offrent plus d'informations et sont plus précises, mais leur mise en œuvre est onéreuse.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel. 55e Conseil directeur, 68e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington (DC) : États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2016 (document CD55/10, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36188&Itemid=270&lang=fr

Liens	• Indicateur 3.b.1 des ODD • Cible 5.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 4.3.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8**: Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.b:** Nombre de pays et territoires dont les systèmes réglementaires atteignent le niveau 3 dans le cadre de l'outil mondial d'évaluation comparative de l'OMS (GBT)
Définition de l'indicateur	Cet indicateur évalue les capacités nationales de réglementation des technologies de la santé à l'aide de l'outil mondial d'évaluation comparative (GBT) de l'OMS. L'indicateur compte le nombre de pays et territoires dont les systèmes de réglementation atteignent le niveau 3 du GBT. **Niveau de référence 2019 :** 8 **Cible 2025 :** 15
But de l'indicateur	Les systèmes de réglementation jouent un rôle clé dans l'assurance de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des produits médicaux. Des systèmes de réglementation efficaces sont une composante essentielle des systèmes de santé et contribuent aux résultats souhaités en matière de santé publique et d'innovation. Cet indicateur est utile pour mesurer la capacité des systèmes réglementaires nationaux et infrarégionaux à garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des technologies de la santé, y compris les médicaments et les vaccins, tout au long du cycle de vie des produits. Les fonctions réglementaires spécifiques, les indicateurs et les sous-indicateurs, selon le contexte, sont couverts par l'outil recommandé.
Note technique	Les autorités de réglementation nationales protègent la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments et autres technologies de la santé et jouent un rôle crucial dans la détermination du rythme auquel les nouveaux produits sont introduits. Le secteur pharmaceutique et des technologies de la santé joue un rôle essentiel dans la promotion et la protection de la santé en veillant à ce que les produits et technologies mis à la disposition du public par l'intermédiaire des systèmes de santé répondent aux normes internationales de qualité et de sécurité. Le rôle du gouvernement, en particulier du ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres parties prenantes, est de créer un environnement réglementaire qui garantit la qualité tout au long de la vie utile d'un produit, assure la sécurité des patients et optimise les résultats pour la santé. Lors du 50e Conseil directeur de l'OPS en 2010, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à renforcer la capacité de réglementation des technologies de la santé en adoptant la résolution CD50.R9, *Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques*. Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (document CSP29/6, Rev. 3 [2017]), propose 2030 comme date cible pour la création d'une autorité nationale de réglementation des médicaments ayant une capacité de niveau 3 selon l'outil mondial d'évaluation comparative de l'OMS. Le GBT comprend toutes les fonctions réglementaires recommandées aux États Membres. L'outil et sa méthodologie d'analyse comparative permettent aux autorités de réglementation d'identifier les points forts et les domaines à améliorer et de faciliter la formulation d'un plan de développement institutionnel (PDI) pour tirer parti des points forts et combler les lacunes identifiées, ainsi que de prioriser les interventions du PDI et de suivre les progrès et les réalisations. L'évaluation des capacités réglementaires est effectuée par des pairs provenant d'autres autorités de réglementation et est dirigée par le siège de l'OMS, les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

	Pour chaque fonction de réglementation, l'outil spécifie un ensemble d'indicateurs et de sous-indicateurs nécessaires pour atteindre les niveaux 1, 2, 3 ou 4. Le contexte et les spécificités des pays sont pris en compte, et des fiches d'information sont disponibles pour guider les pays sur la manière de mettre en œuvre les indicateurs. Le niveau de mise en œuvre des indicateurs (non mis en œuvre, mise en œuvre partielle ou en cours, mis en œuvre) définira le niveau de maturité atteint par le système de réglementation.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	L'évaluation des capacités réglementaires devrait être effectuée régulièrement par les pays dans le cadre de leurs systèmes de gestion de la qualité. Lorsque les capacités sont renforcées et que le niveau 3 est atteint, il est recommandé de réévaluer les capacités réglementaires tous les trois ans pour s'assurer que le système de réglementation demeure fonctionnel et démontre des améliorations continues. Chaque année, le profil réglementaire des pays est mis à jour et mis à disposition par l'intermédiaire de la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS).
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)
Source des données	Plateformes régionales et mondiales qui compilent les résultats de l'évaluation comparative du renforcement des systèmes réglementaires, données nationales fournies par les autorités de réglementation au moyen de processus d'auto-évaluation et de plans de développement institutionnel.
Limitations	• Bien que les États Membres aient avalisé le renforcement des systèmes de réglementation, l'évaluation des capacités réglementaires est volontaire et son efficacité exige un engagement politique de la part de chaque État Membre. Cela peut limiter la réalisation de l'indicateur et l'établissement de rapports à ce sujet. • Il y a également des limitations liées aux catégories de produits incluses dans la version actuelle du GBT, à savoir les médicaments et les vaccins. Les révisions futures devront également porter sur les produits sanguins (y compris le sang total, les composants sanguins et les médicaments dérivés du plasma) et les dispositifs médicaux, y compris les diagnostics. Des versions bêta de ces outils ont été mises au point et devraient être finalisées en 2019 par l'OMS.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Outil mondial d'évaluation comparative (GBT). 2. Organisation mondiale de la Santé. WHA67.20, Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Document CD50/20 et résolution CD50.R9, Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Document CD53/5, Rev. 2 et résolution CD53.R14, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 5. Organisation panaméricaine de la Santé. Document CD55/10, Rev. 1 et résolution CD55.R12, Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel 6. Organisation panaméricaine de la Santé. Document CD42/15, Fonctions essentielles de la santé publique 7. Organisation panaméricaine de la Santé. Document CD42/13 et résolution CD42.R11, Harmonisation des fonctions pharmaceutiques

Liens	• Cible 5.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 4.3.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8**: Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.c:** Nombre de pays et territoires qui augmentent le nombre d'unités de sang disponibles pour des transfusions pour mille habitants (UBAT) d'au moins 5 % par an pour atteindre l'objectif de 30 unités
Définition de l'indicateur	L'indicateur compte le nombre de pays et territoires qui augmentent d'au moins 5 % par an le nombre d'unités de sang disponibles pour des transfusion pour 1000 habitants (UBAT). Le nombre cible d'unités à atteindre par pays est de 30 UBAT. Toutefois, l'indicateur sera atteint lorsque les pays enregistreront une augmentation de 5 % par an et atteindront au moins 20 UBAT. **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2025 :** 16
But de l'indicateur	L'indicateur mesure la disponibilité réelle du sang et des composants sanguins, en tenant compte non seulement du nombre d'unités collectées, mais aussi de la perte ou du gaspillage d'unités de sang en raison de causes telles que les infections transmises par transfusion, les problèmes de qualité et l'expiration du sang stocké. La disponibilité réelle est un indicateur indirect de l'efficacité de la collecte et de l'organisation des services du sang dans un pays. Le suivi de cet indicateur permet de démontrer la gestion de la qualité et l'efficacité des services du sang dans la Région, comme le veut le plan régional d'accès au sang de l'OPS pour 2014-2019.
Note technique	Pour calculer l'indicateur, chaque pays doit calculer les UBAT/1000 habitants pour une année donnée, puis mesurer la variabilité en pourcentage des UBAT l'année suivante. $\left(\frac{\text{Nb* d'unités de sang collectées – Nb* d'unités rejetées}}{\text{Population (nombre d'habitants)}}\right) \times 1000 = \text{UBAT/1000 habitants/an}$ UBAT : unités de globules rouges et de sang total disponibles dans le pays pour répondre aux besoins habituels de 1000 habitants au cours d'une année donnée. Nb* d'unités de sang collectées : nombre total d'unités collectées par le pays au cours de l'année. Nb* d'unités rejetées : unités rejetées pour l'une des causes suivantes : • ITT : unités de sang rejetées en raison de résultats de dépistage réactifs • qualité : unités de sang rejetées en raison d'un stockage défectueux, d'une rupture dans la chaîne du froid ou d'autres défaillances du système de contrôle de la qualité • expiration : unités de sang rejetées parce qu'elles ont dépassé leur date de péremption Population : nombre d'habitants dans le pays au cours de l'année en question
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)

Source des données	Les États Membres communiquent ces données chaque année dans le cadre de leur engagement envers le Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle (résolution CD53.R6).
Limitations	Il arrive que les pays ne fassent pas rapport.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle. Washington (DC) : OPS ; 2014 (résolution CD53.R6).
Liens	Cible 5.6 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8**: Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.d:** Nombre de pays et territoires dotés de réglementations et d'une surveillance qui garantissent l'accès à des services radiologiques de qualité et sûrs
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui disposent d'un système de réglementation et d'une capacité de supervision des services radiologiques fondés sur *Radioprotection et la sûreté des sources de rayonnement : Normes fondamentales internationales de sûreté* (BSS). Ces normes ont été élaborées et avalisées par la Communauté européenne, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'Organisation internationale du travail, l'Agence pour l'énergie nucléaire de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et l'OPS (résolution CSP28.R15). **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 13
But de l'indicateur	Pour assurer la qualité et la sûreté des services radiologiques, il est nécessaire de mettre en œuvre les exigences applicables des BSS. L'indicateur permet de suivre les progrès de la Région en matière de conformité avec ces normes.
Note technique	Bien que les BSS couvrent toutes les situations d'exposition à des rayonnements, seules les exigences applicables à tous les services médicaux qui utilisent des rayonnements ionisants (services de radiologie) doivent être prises en compte pour la réalisation de cet indicateur. Dans le cadre de ces exigences, chaque gouvernement doit établir une autorité ou un système d'autorités légalement habilitées à mener le processus réglementaire, y compris en délivrant des autorisations pour les services. Cela signifie que le pays devrait être en mesure de satisfaire aux prescriptions générales des BSS (2.1 à 2.52), qui concernent principalement les responsabilités du gouvernement et de l'organisme de réglementation, et aux exigences relatives aux situations d'exposition planifiée (3.1 à 3.184), qui concernent les responsabilités des déclarants et des titulaires de licences en matière de protection des personnels de la santé, des patients et du public.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)
Source des données	Systèmes d'établissement de rapports des pays, systèmes d'information de l'OPS et de l'AIEA.
Limitations	Certains pays n'ont pas de système officiel de réglementation et de supervision des services radiologiques. D'autres pays disposent d'un système, mais les réglementations et les normes n'ont pas été mises à jour pour se conformer aux BSS ou la capacité de supervision est limitée. Au cours du processus de renforcement de cette capacité, de nombreux pays seront considérés comme atteignant partiellement l'indicateur. Seuls les pays qui démontrent une conformité

	suffisante avec les exigences susmentionnées devront être considérés comme ayant atteint cet indicateur.
Références	1. Agence internationale de l'énergie atomique. Radioprotection et sûreté des sources de rayonnement : Normes fondamentales internationales de sûreté. Vienne : AIEA ; 2014. Disponible sur : https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1578f_web.pdf 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection. Washington (DC) : OPS ; 2012 (résolution CSP28. R15). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18934&Itemid=270&lang=fr 3. Agence internationale de l'énergie atomique. Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation. Vienne : AIEA ; 2018. Disponibles sur : https://www-pub.iaea.org/books/IAEABooks/11102/Radiation-Protection-and-Safety-in-Medical-Uses-of-Ionizing-Radiation
Liens	• Cible 5.5 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8**: Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.e:** Nombre de pays et territoires qui disposent de réglementations et d'une surveillance qui garantissent la disponibilité de services pharmaceutiques de qualité
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont des dispositions garantissant que les services pharmaceutiques font partie intégrante des services de soins de santé et que ces services répondent aux normes applicables et fonctionnent sous supervision pharmaceutique professionnelle. **Niveau de référence 2019 :** 3 **Cible 2025 :** 7
But de l'indicateur	Cet indicateur est essentiel pour soutenir le développement, la collaboration et l'intégration des services pharmaceutiques dans le cadre des services de soins de santé.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir des dispositions officielles qui stipulent le rôle et les normes de services pharmaceutiques intégrés, fonctionnant sous la supervision du pharmacien, au sein du réseau intégré des services de santé. Les normes doivent suivre les recommandations des documents de référence mondiaux (voir Références, ci-dessous). Les dispositions juridiques ou les normes officielles devraient établir ou exiger tous les éléments suivants : 1. Les services pharmaceutiques exigent la présence d'un pharmacien ou sont supervisés par un pharmacien. 2. Les services pharmaceutiques sont conformes aux normes de pratique nationales ou locales concernant : a) les procédures obligatoires pour la gestion des produits médicaux, b) le rôle des services pharmaceutiques dans les activités de prévention et de promotion, c) l'information du patient sur les médicaments, d) la participation aux rapports de pharmacovigilance, e) le suivi pharmacothérapeutique des patients et f) la coordination interprofessionnelle des actions avec le médecin ou d'autres professionnels des soins de santé lorsque cela est nécessaire.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)
Source des données	Législation, normes et réglementations des pays.
Limitations	Une disposition juridique ne garantit pas nécessairement la qualité des services, mais elle est considérée comme un indicateur indirect.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services.

	2. Organisation mondiale de la Santé. Developing Pharmacy Practice. A focus on patient care. WHO/PSM/PAR/2006.5. WHO/FIP, 2006. Disponible sur: https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094e/s14094e.pdf 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington (DC) : OPS ; 2006. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf
Liens	Aucun

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 8**: Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 8.f:** Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des cadres institutionnels, des stratégies ou des cadres juridiques pour l'évaluation, la sélection et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé, y compris les antibiotiques
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre un cadre et des stratégies utilisant des mécanismes fondés sur des données probantes pour l'évaluation et la sélection des médicaments et des dispositifs médicaux, leur intégration dans le système de santé et l'élaboration de lignes directrices cliniques, ainsi que des stratégies pour le suivi de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux, y compris les antibiotiques. **Niveau de référence 2019 :** 3 **Cible 2025 :** 10
But de l'indicateur	L'indicateur appuie la mise en œuvre d'une approche intégrée et globale pour l'évaluation et l'utilisation des médicaments et des autres technologies de la santé, y compris les produits pharmaceutiques, les produits biologiques, les dispositifs médicaux et les diagnostics. L'objectif est d'assurer l'accès à des produits de santé rentables et efficaces ainsi qu'une allocation rationnelle des ressources qui favorise la durabilité du système de santé et l'amélioration des résultats sanitaires.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit disposer de décrets, de résolutions, de normes ou de réglementations officiels et valides qui établissent des structures et des mécanismes fondés sur des données probantes pour l'évaluation et la sélection des médicaments et autres technologies de la santé, ainsi que pour leur intégration au système de santé, et d'indicateurs pour évaluer leur utilisation conformément aux lignes directrices cliniques.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Département des systèmes et services de santé, Unité des médicaments et technologies de la santé (HSS/MT)
Unité du BSP	Innovation, accès aux médicaments et technologies de la santé (IMT)
Source des données	Cadres et dispositions juridiques des pays.
Limitations	Une disposition juridique ne garantit pas nécessairement une mise en œuvre efficace, mais elle est considérée comme un indicateur indirect.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments. Résolution WHA60.16. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/F/reso-60-fr.pdf 2. Organisation mondiale de la Santé. Accès aux médicaments essentiels. Résolution WHA67.22. Disponible sur : http://www.who.int/gb/or/f/f_wha67r1.html 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires. Résolution CSP28.R9. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18919&Itemid=270&lang=fr

	4. Organisation panaméricaine de la Santé. Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel. Résolution: CD55.R12. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R12-f.pdf
Liens	• Cible 5.4 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Résultat Intermédiaire 9. Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 9:** Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 9.a:** Nombre de pays et territoires qui ont obtenu, d'ici à 2025, une réduction d'au moins 10 points de pourcentage de la population signalant des obstacles à l'accès aux services de santé, par rapport à 2020
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui seront parvenus, d'ici à 2025, à une réduction d'au moins 10 points de pourcentage de la population déclarant rencontrer des obstacles à l'accès aux services de santé, par rapport à 2020. Les obstacles à l'accès peuvent être de nature culturelle, institutionnelle, organisationnelle, économique ou géographique. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 12
But de l'indicateur	La mesure de cet indicateur contribuera à la compréhension des facteurs qui ont une incidence sur l'accès aux soins de santé dans les Amériques et à l'efficacité des efforts des pays pour rendre l'accès plus équitable. Pour parvenir à l'équité de l'accès, il est nécessaire d'intervenir sur les déterminants modifiables de l'accès aux soins de santé, notamment les caractéristiques du système de santé (p. ex. institutionnelles et organisationnelles) et les caractéristiques des personnes ou des populations (p. ex. connaissances et communication). Les systèmes de santé peuvent accroître les iniquités en matière de santé s'ils ne tiennent pas compte des besoins et des conditions socioéconomiques des populations mal desservies.
Note technique	Le pourcentage de la population signalant des obstacles à l'accès est défini comme le pourcentage de personnes qui déclarent avoir eu un problème de santé au cours des 30 à 90 jours précédents et qui ne s'adressent pas à des services de santé officiels, par rapport au nombre total de personnes interrogées qui déclarent avoir eu un problème de santé pendant la même période. **Numérateur :** nombre de personnes qui déclarent avoir eu un problème de santé dans les 30 à 90 jours précédant l'enquête et qui ne consultent pas des services de soins de santé officiels pour des raisons culturelles, institutionnelles, organisationnelles, économiques ou géographiques. **Dénominateur :** nombre total de personnes ayant déclaré avoir eu un problème de santé dans les 30 à 90 jours précédant l'enquête. Les obstacles à l'accès entrent dans les catégories suivantes : • institutionnels : longues attentes, absence de résolution des problèmes de santé, manque de ressources (médicaments ou personnel de santé), stigmatisation et discrimination. • géographiques : manque de services de santé à proximité • économiques : incapacité de payer pour les services • culturels : différences linguistiques, préférence pour la médecine autochtone, homéopathique ou alternative, ingérence d'un membre du ménage pour empêcher l'accès aux soins de santé.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Tous les 2 ans, en fin d'année
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Enquêtes auprès des ménages avec un module spécial sur la santé ; données administratives provenant des établissements de santé.
Limitations	Le comportement de recherche de soins est lié à la perception globale des personnes quant à leur état de santé, à la gravité de leur maladie et aux conséquences qu'aurait le fait de ne pas traiter une pathologie donnée. Il peut aussi refléter des croyances sur la qualité des services de soins de santé ou la capacité de surmonter les obstacles perçus en termes d'accès. Il est important de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les personnes ne consultent pas les services de soins de santé pour évaluer cet indicateur.
Références	1. Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e81. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.81 2. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e126. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126 3. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981(19):127-140.
Liens	• Cible 2.1 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 9:** Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 9.b:** Nombre de pays et territoires ayant atteint au moins 60 % de leurs capacités à mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont atteint au moins 60 % de leur capacité à exercer les fonctions essentielles de santé publique (EPHF) suivantes : • Suivi et évaluation de la santé et du bien-être, de l'équité, des déterminants sociaux de la santé et de la performance des systèmes de santé • Surveillance de la santé, contrôle et gestion des risques et des urgences en matière de santé publique • Promotion et gestion de la recherche et des connaissances en santé • Formulation, mise en œuvre et supervision de la législation, des politiques et des cadres réglementaires dans le domaine de la santé • Participation et mobilisation sociale, y compris les acteurs stratégiques et la transparence • Développement des ressources humaines pour la santé • Accès et qualité des médicaments et autres technologies de la santé • Financement de la santé • Accès équitable à des services de santé de qualité • Accès équitable aux interventions au niveau de la population et de la communauté pour promouvoir la santé et prévenir les maladies • Gestion et promotion des interventions visant à traiter des déterminants sociaux de la santé **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 19
But de l'indicateur	L'indicateur évaluera les progrès réalisés sur le plan du renforcement de la capacité des systèmes de santé à mener des actions de santé publique intégrées et globales. L'amélioration de la performance des fonctions essentielles de santé publique est devenue une stratégie clé pour permettre aux systèmes de santé de faire face à la complexité et aux origines multiples des problèmes de santé publique dans les Amériques.
Note technique	La capacité de mener des actions de santé publique intégrées et globales sera jugée acceptable lorsque le pays aura rempli un ensemble d'indicateurs recommandés par l'OPS/OMS pour chacune des fonctions essentielles de santé publique mentionnées ci-dessus. Pour vérifier que les exigences sont remplies, un questionnaire élaboré par l'OPS sera appliqué aux pays. L'OPS met actuellement à jour la méthodologie de mesure des fonctions essentielles de santé publique (EPHF), conformément à un examen du cadre conceptuel effectué en 2017-2018. Cette méthodologie comprend deux éléments : premièrement, la cartographie des structures étatiques responsables de la mise en œuvre des EPHF et, deuxièmement, l'analyse de la performance des 11 EPHF comme décrit ci-dessus, sur la base d'une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. Cette méthodologie favorisera la participation de diverses parties prenantes, y compris les universitaires, la société civile et les organismes publics responsables de la santé publique, et sera suffisamment souple pour être appliquée à la fois au niveau national et infranational. La méthodologie et les outils seront finalisés d'ici à la fin de 2019, et le BSP facilitera l'orientation et la formation des États Membres pour leur application. Il est prévu que les pays définiront leurs niveaux de référence en 2020, élaboreront un plan pour améliorer la performance, y compris la définition de cibles, et procéderont à des examens périodiques.

Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les deux ans, en comparant le niveau de référence à celui de la fin de la période d'évaluation
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	• Outil d'évaluation de l'OPS/OMS pour les fonctions essentielles de santé publique (version 2019) • Outils d'évaluation des États Membres pour les fonctions essentielles de santé publique.
Limitations	La précision de l'indicateur repose sur une coordination adéquate avec les pays pour réaliser l'évaluation, ainsi que sur la collecte et l'analyse de données actualisées.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Marco conceptual y metodológico de las funciones esenciales de salud pública. Document de travail. Washington (DC) : OPS ; 2018.
Liens	• Cible 2.2 du PASDA2030

Résultat Intermédiaire 10. Augmentation du financement public pour la santé

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 10**: Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 10.a:** Nombre de pays et territoires qui ont porté les dépenses publiques de santé à au moins 6 % du PIB
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont augmenté leurs dépenses intérieures de santé des administrations publiques (GGHE-D) pour atteindre 6 % du produit intérieur brut (PIB). **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2025 :** 15
But de l'indicateur	L'indicateur reflète les progrès réalisés par les pays dans l'augmentation des dépenses publiques de santé, avec efficacité et équité, comme moyen de progresser vers la santé universelle. Les données probantes indiquent que les dépenses publiques de santé devraient représenter au moins 6 % du PIB pour garantir l'accès de la population à des services de santé de qualité.
Note technique	Les dépenses publiques de santé comprennent les décaissements provenant des unités institutionnelles à tous les niveaux de gouvernement (central, État, province et local), plus les dépenses obligatoires de sécurité sociale liées à la santé. Elles sont calculées à partir de données budgétaires et administratives. Le PIB représente une mesure de l'activité économique d'un pays pour une année donnée. Les dépenses publiques de santé d'un pays sont calculées en divisant les deux composantes et en multipliant par 100. La formule est la suivante : $$\text{GGHED en \% du PIB} = \frac{\text{GGHED}}{\text{PIB}} * 100$$ où GGHE-D est la dépense intérieure de santé des administrations publiques et le PIB est le produit intérieur brut. Les pays et territoires dont les dépenses publiques de santé atteignent ou dépassent 6 % du PIB seront considérés comme ayant atteint cet indicateur.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	L'indicateur est collecté annuellement, avec un décalage d'environ 2 ans (par exemple, en décembre 2018, l'année 2016 était disponible).
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Les données sur les dépenses de santé des administrations centrales et des administrations régionales, provinciales, des États, locales et municipales des pays d'Amérique latine et des Caraïbes proviennent de la base de données en ligne du Fonds monétaire international sur les statistiques des finances publiques, des budgets nationaux fournis par les ministères de la Santé et des données budgétaires et états financiers fournis par les organismes de sécurité sociale. Les données sur le PIB et les taux de change proviennent de la base de données en ligne du Fonds monétaire international sur les statistiques financières internationales.

	Le processus de collecte des données est dirigé par l'OMS, qui les publie chaque année dans sa base de données sur les dépenses mondiales de santé. Le même indicateur est publié par l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui recueille également les données. À partir de ces sources, l'OPS, la Banque mondiale et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes publient l'ensemble ou une partie des données sous différents formats.
Limitations	Le Système des comptes de la santé 2011 (SHA 2011) permet des interprétations différentes dans certains cas spécifiques pour ce qui est de déterminer ce qui constitue les dépenses publiques, ce qui peut entraîner des résultats différents dans ces cas.
Références	1. Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Rev Panam de Salud Pública 2018;42:e86. https://doi.org/10.26633/ RPSP.2018.86 2. Cid Pedraza C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e197. https://doi.org/10.26633/ RPSP.2018.197 3. Etienne CF. Investing in universal health in the Americas. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e90. https://doi.org/ 10.26633/RPSP.2018.90 4. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. Rev Panam Salud Pública 2016;40(1):64–69. 5. Matus-López M, Cansino Pozo D, Cid Pedraza C, Valdés Romero W. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e4. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.4 6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique 2014-2019. Document officiel 345. Washington (DC) : OPS ; 2013. 7. Organisation panaméricaine de la Santé. Espacio fiscal para salud en América Latina y el Caribe. Serie Salud Universal. Washington (DC): PAHO; 2018. 8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr 9. Organisation panaméricaine de la Santé. Health financing in the Americas. Health in the Americas 2017. Washington (DC) : OPS ; 2017. 10. Prieto Toledo L, Montañez Ginocchio V, Cid-Pedraza C. Espacio fiscal para salud en Honduras. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e8. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.8 11. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Health accounts from past to present for a political arithmetic. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e89. doi: https://doi.org/10.26633/ RPSP.2018.8 12. Organisation mondiale de la Santé. Base de données sur les dépenses de santé mondiales. Disponible sur : http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en 13. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève : OMS ; 2010. 14. Xu K, Sakena P, Jowett M, Indikadhena Ch, Kutzin J, Evans D. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World Health Report 2010, Background Paper No. 19.

Liens	• Cible 4.1 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS • Indicateur de résultat intermédiaire 4.1.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 10**: Increased and improved sustainable public financing for health, with equity and efficiency Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 10.b:** Nombre de pays et territoires qui ont alloué au moins 30 % des dépenses publiques dans le domaine de la santé au premier niveau de soins
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont alloué au moins 30 % de leurs dépenses publiques de santé à la fourniture d'interventions au premier niveau de soins. La méthodologie de calcul de la valeur de 30 % peut varier en fonction du contexte national, compte tenu de la structure du premier niveau de soins dans chaque pays. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 8
But de l'indicateur	Les dépenses en soins primaires reflètent les ressources financières utilisées pour payer tous les intrants et toutes les fonctions nécessaires à la prestation des services au premier niveau de soins (ressources humaines, médicaments et technologies de la santé, infrastructures, amélioration de la qualité, services de santé publique, gestion et coordination, action intersectorielle, etc.). La stratégie pour la santé universelle propose que, dans le processus d'augmentation des dépenses publiques de santé pour qu'elles atteignent au moins 6 % du PIB, une allocation équitable et efficace des ressources devra accorder la priorité au premier niveau de soins, en s'attachant à améliorer sa capacité de réponse et sa capacité à organiser la prestation des services de santé d'une manière intégrée. Un consensus existe sur le fait que le renforcement du premier niveau de soins améliorera les résultats en matière de santé et l'efficacité des dépenses en soins de santé. Les dépenses consacrées au premier niveau de soins sont donc un paramètre clé dans la discussion sur l'efficacité de l'allocation des ressources financières. Il est essentiel de suivre le niveau de ces dépenses pour éclairer la prise de décisions et la planification afin d'améliorer la performance des systèmes de santé avec équité, efficacité et durabilité.
Note technique	Pour mesurer le pourcentage des dépenses publiques de santé d'un pays qui est alloué au premier niveau de soins, il est nécessaire de poursuivre les discussions avec les experts des États Membres. Des consultations d'experts seront menées par l'OPS afin d'élaborer une méthodologie spécifique sur la base des classifications SHA2011. Elles aborderont les différentes fonctions de la santé (santé publique individuelle et collective), les systèmes de financement des soins de santé publique et les prestataires de soins de premier niveau. L'indicateur est en cours d'élaboration et doit être affiné dans le cadre de ce processus de consultations. La formule est la suivante : $$\text{PHPC en \% des GGHED} = \frac{\text{PHPC}}{\text{GGHED}} * 100$$ où PHPC correspond aux dépenses publiques de santé allouées au premier niveau de soins et GGHE-D sont les dépenses intérieures de santé des administrations publiques. Les pays et territoires dont les PHPC atteignent ou dépassent 30 % des GGHE-D seront considérés comme ayant atteint l'indicateur.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Les données sont collectées sur une base annuelle et publiées dans la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (GHED) au cours de la première quinzaine de décembre de chaque année, avec un décalage de 2 ans (t-2).
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Les données sont publiées dans la base de données GHED de l'OMS.
Limitations	• La définition des services de soins primaires présente un défi, car les pays peuvent avoir des définitions différentes en fonction de leur propre modèle de soins et du niveau de développement de leur système de santé. • L'indicateur est obtenu à partir des données disponibles sur les comptes de la santé (SHA2011). Toutefois, on ne dispose actuellement de données à jour sur la classification HC (dépenses par fonction) que pour cinq pays de la Région ; six autres pays ont ces données pour plusieurs années antérieures. Les pays doivent être sensibilisés à la nécessité de produire des comptes de la santé sur une base continue, et un appui technique est nécessaire pour développer les capacités nationales de production et de tenue des comptes nationaux de la santé.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. WHO Global Health Expenditure Database. Disponible sur : http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en 2. Organisation mondiale de la Santé. OMS, 2008. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève, 2008. 3. Organisation mondiale de la Santé. Measuring primary health care expenditure in low and middle-income countries. Conference paper 25-26 October 2018. Disponible sur : https://improvingphc.org/sites/default/files/Measuring%20PHC%20expenditure%20in%20LMIC_Conference%20paper-small.pdf 4. OCDE. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA2011 framework. Disponible sur: https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf. 5. Friedberg, M.W., Hussey P.S., and E.C. Schneider (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs 29:766-72. Disponible sur : https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0025
Liens	• Cible 4.1 du PASDA2030

Résultat Intermédiaire 11. Protection financière renforcée

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 11**: Protection renforcée contre les risques financiers et les difficultés financières liés à la santé pour tous
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 11.a:** Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 20 % le pourcentage de la population des ménages devant assumer des dépenses de santé à leur charge aux conséquences catastrophiques
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont diminué de 20 % le pourcentage de la population des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques en raison des paiements directs (dépenses de santé à la charge des patients) au point de service. Les dépenses de santé des ménages sont considérées comme « catastrophiques » lorsqu'elles représentent une part importante du revenu ou de la consommation des ménages. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 12
But de l'indicateur	L'accès aux soins de santé devra être accordé en fonction des besoins plutôt que de la capacité à payer. Le manque de protection financière est considéré comme l'un des principaux obstacles à l'accès aux services de santé et l'une des principales sources d'iniquités en matière de santé. Les paiements directs sont considérés comme le moyen le moins équitable de financer les soins de santé, étant donné qu'ils peuvent limiter la qualité et l'étendue des soins reçus. Les paiements directs peuvent également représenter une source d'inefficacité, car ils découragent l'accès aux services de santé lorsqu'ils sont nécessaires, ce qui peut amener les personnes à retarder leur demande de soins jusqu'à ce que leur pathologie soit déjà grave et le traitement plus coûteux ou moins efficace. La stratégie pour la santé universelle propose qu'une protection financière accrue réduira les iniquités en matière d'accès à la santé et que les pays devront avancer progressivement vers l'élimination des paiements directs au point de service en tant que source de financement. Un niveau décroissant de paiements catastrophiques est un indicateur de la protection financière, bien que ce ne soit pas le seul.
Note technique	Aux fins de cet indicateur, les dépenses de santé sont considérées comme catastrophiques lorsqu'elles dépassent 25 % de la consommation des ménages. La consommation des ménages est définie comme l'équivalent du revenu total du ménage. La capacité à payer est définie comme le revenu total du ménage moins les dépenses non discrétionnaires nécessaires pour couvrir les besoins de base du ménage (hors dépenses alimentaires). La formule est la suivante : $$\text{OOPC en \% du TOTH} = \frac{\text{OOPC}}{\text{TOTH}} * 100$$ où OOPC est le nombre de ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques et TOTH est le nombre total de ménages. Ci-après figure une explication plus détaillée de la méthode : à l'aide des enquêtes, Wagstaff et van Doorslaer (2003) mesurent l'incidence des dépenses catastrophiques en pourcentage de la population ayant des dépenses à charge (OOP) qui représentent 25 % ou plus des dépenses totales du ménage. Ils développent conceptuellement la mesure des dépenses de santé catastrophiques de la manière suivante : $$O_i^x = \frac{T_i}{x_j} - z_{cat}^x$$

	où : O_i^x : OOP par habitant des ménages au dessus du seuil de la personne i T_i : OOP par habitant des ménages du ménage de la personne i x_i : Dépenses totales par habitant du ménage de la personne i z_{cat}^x : Seuil des dépenses de santé catastrophiques (25 %) Ensuite, l'indicateur des personnes qui ont encouru des dépenses de santé catastrophiques est : $$E_i^x = \begin{cases} 1 & \text{if } O_i^x > 0 \\ 0 & \text{if } O_i^x \leq 0 \end{cases}$$ Enfin, le pourcentage de personnes qui ont encouru des dépenses de santé catastrophiques est calculé comme suit : $$H_{cat} = \frac{\sum_{i=1}^{N} E_i^x}{N}$$ où N est le nombre total de personnes.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données proviennent d'enquêtes auprès des ménages réalisées régulièrement tous les 5 à 10 ans.
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	Les enquêtes auprès des ménages sont généralement réalisées par les instituts nationaux de statistique dans les pays.
Limitations	• L'indicateur ne tient pas compte des soins de santé auxquels les malades ont renoncé, c'est-à-dire des soins qui étaient nécessaires mais qui n'ont pas été obtenus parce qu'ils étaient inabordables. • L'incidence des dépenses catastrophiques est sensible à la méthodologie utilisée, à condition que les seuils de revenu et de capacité à payer utilisés soient différents.
Références	1. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Working Paper by the WHO Regional Office for the Americas, AMRO/PAHO. Genève : OMS ; 2017. 2. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper 135. Washington (DC): Banque mondiale ; 2002. 3. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. Journal of Economic Inequality 2016;14(2):141-72. 4. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ 2008(12):1393-412. 5. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. Salud Pública de México 2011;53:S85–S95. 22. 6. O'Donnell, O. Financial protection against medical expense. Draft. September 2018. 7. Organisation panaméricaine de la Santé. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington (DC) : OPS ; 2017. 8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité

	régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr 9. Perticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean; 2008. 10. Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20 11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama 2016;2(3):357-66. 12. Organisation des Nations Unies. SDG indicators metadata repository. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf 13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Economics 2003;12(11):921-34. 14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington (DC): World Bank; 2014. 15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2. 16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Global Health. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214- 109X(17)30429-1. 17. Wagstaff A, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet 6 (February 2018). Disponible sur : https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1 18. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: WHO; 2010. 19. Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Genève, 2017. 20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362(9378):111-7. 21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007;26(4):972-83. 22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington (DC): World Bank; 2015.
Liens	• Indicateur 3.8.2 des ODD • Cible 4.2 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 11:** Protection renforcée contre les risques financiers et les difficultés financières liés à la santé pour tous
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 11.b:** Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le pourcentage de personnes vivant dans les ménages en situation d'appauvrissement en raison des dépenses de santé à leur charge
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le pourcentage de personnes dans les ménages dont les dépenses de santé à leur charge les poussent sous le seuil de pauvreté. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 12
But de l'indicateur	L'indicateur mesure les progrès des pays vers l'élimination des paiements directs pour les soins de santé au point de service. Il s'agit là d'un élément clé, car ces paiements constituent un obstacle à l'accès et une source d'appauvrissement pour les ménages.
Note technique	L'indicateur est calculé en élaborant un ratio entre les ménages interrogés dans le cadre de l'enquête qui ont des dépenses de santé à leur charge qui les poussent sous le seuil de pauvreté (le numérateur) et le nombre total de ménages qui ont des dépenses de santé à leur charge (le dénominateur). La formule est la suivante : $$\text{HIOP en \% du THOP } = \frac{\text{HIOP}}{\text{THOP}} * 100$$ où HIOP est le nombre de ménages s'appauvrissant en raison des dépenses de santé à leur charge et THOP est le nombre de ménages qui ont des dépenses de santé à leur charge. De façon plus détaillée, sur la base des enquêtes, Wagstaff et van Doorslaer (2003) proposent d'utiliser le seuil international de pauvreté absolue (ou un ensemble d'entre eux en fonction de la classification du pays en termes de revenu) comme le seuil international de US$ 1,90 par habitant par jour (mesuré en dollars internationaux ajustés) par parité de pouvoir d'achat, en dollars constants de l'année 2011, à partir de maintenant, $int, en parité de pouvoir d'achat (PPA), 2011. Wagstaff et van Doorslaer (2003) définissent le nombre de personnes pauvres avant le paiement comme suit : $$H_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} P_i^{pre}}{x_i} = \mu_{P^{pre}}$$ où : H_{pov}^{pre} : nombre de personnes en dessous du seuil de pauvreté avant le paiement $P_i^{pre} = \begin{cases} 1 & x_i < z_{pov}^{pre} \\ 0 & x_i \geq z_{pov}^{pre} \end{cases}$: indicateur de pauvreté de la personne i x_i : dépense totale par habitant des ménages de la personne i z_{pov}^{pre} : seuil de pauvreté avant paiement $$g_i^{pre} = x_i - z_{pov}^{pre}$$ où :

	g_i^{pre} :écart de pauvreté avant paiement de la personne i $$G_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} g_i^{pre}}{N} = \mu_{g^{pre}}$$ où : G_{pov}^{pre} : écart de pauvreté moyen avant paiement en normalisant : $$NG_{pov}^{pre} = \frac{G_{pov}^{pre}}{z_{pov}^{pre}}$$ et l'écart de pauvreté moyen positif est : $$MPG_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^{N} g_i^{pre}}{\sum_{i=1}^{N} p_i^{pre}} = \frac{\mu_{g^{pre}}}{\mu_{P^{pre}}}$$ de telle sorte que : $$\mu_{g^{pre}} = \mu_{P^{pre}} \cdot MPG_{pov}^{pre}$$ $$PI^{H} = H_{pov}^{post} - H_{pov}^{pre}$$ $$PI^{G} = G_{pov}^{post} - G_{pov}^{pre}$$ compte tenu du seuil de pauvreté de 1,90 $int par jour : $$z_{pov}^{pre} = z_{pov}^{post} = \$int\ 1{,}90 \cdot 365 \text{ jours} \cdot TC_{\$int\ (PPP,\ 2011)}^{MN} \cdot h_{size}$$ où : $TC_{\$int,PPP,2011}^{MN}$: taux de change de la monnaie nationale par $int (PPA,2011) h_{size} : Taille du ménage
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	La fréquence de calcul des données dépend de la fréquence à laquelle les enquêtes sur les dépenses des ménages sont réalisées dans les pays. Certains pays mènent une telle enquête tous les ans, tandis que d'autres le font tous les 3, 5 ou même 10 ans.
Unité du BSP	Systèmes et Services de Santé / Soins de santé primaires et prestation de services intégrés (HSS/PH)
Source des données	L'indicateur peut être calculé et fourni par le pays (ministère de la Santé ou institut de statistiques).
Limitations	L'indicateur montre combien de ménages tombent dans la pauvreté en raison des dépenses de santé et combien ne vivent plus dans la pauvreté, mais il ne fournit pas d'informations sur les ménages déjà pauvres qui deviennent encore plus pauvres en raison des dépenses de santé. Il ne fournit pas non plus d'informations sur ceux qui n'ont pas accès aux services de santé par manque d'argent, et qui n'ont donc pas de dépenses de santé ayant un effet d'appauvrissement.
Références	1. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Rev Panam Salud Pública 2012;31(4):310-316.

2. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Working Paper by the WHO Regional Office for the Americas, AMRO/PAHO. Genève: OMS ; 2017.
3. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper 135. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2002.
4. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. Journal of Economic Inequality 2016;14(2):141-72.
5. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ 2008 Dec 17(12):1393-412.
6. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. Salud Pública de México 2011;53:S85–S95. 22.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington (DC) : OPS ; 2017. À paraître.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr
9. Perticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes ; 2008.
10. Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Pública 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20
11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama 2016;2(3):357-66.
12. Organisation des Nations Unies. SDG indicators metadata repository. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf
13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993- 1998. Health Economics 2003;12(11):921-34.
14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2014.
15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries: a retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2.
16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Global Health 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214- 109X(17)30429-1.
17. Wagstaff A, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet 6 February 2018. Disponible sur : https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1
18. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: WHO; 2010.
19. Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Genève, 2017.

	20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003;362(9378):111-7 21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood) 2007;26(4):972-83. 22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2015.
Liens	• Indicateur 3.8.2 des ODD • Cible 4.2 du PASDA2030

Résultat Intermédiaire 12. Facteurs de risque des maladies transmissibles

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 12:** Réduction des facteurs de risque de maladies transmissibles en traitant des déterminants de la santé au moyen d'une action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 12.a:** Nombre de pays et territoires ayant communiqué des données sur la discrimination dans les services de santé subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) au cours des 12 derniers mois
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui communiquent des informations actualisées au moyen du processus de suivi mondial du sida sur le pourcentage d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui ont subi une discrimination dans les services de santé au cours des 12 mois précédents. Les pays qui communiquent des informations sur les trois années précédentes seront considérés comme remplissant les conditions de l'indicateur. **Niveau de référence 2019 :** 9 **Cible 2025 :** 11
But de l'indicateur	En 2013, les États Membres de l'OPS ont reconnu que la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes LGBT les empêchent souvent d'avoir accès aux services de soins de santé nécessaires, y compris de santé mentale et un large éventail d'autres services, et que cette exclusion ainsi que d'autres formes d'exclusion sociale et culturelle entraînent des injustices, des inégalités et une vulnérabilité accrues en termes de résultats de santé négatifs. La résolution CD52.R6, *Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans*, exhorte les États Membres à : a) promouvoir la prestation de services de santé à tous ; b) adopter des politiques, plans et lois favorisant un accès égal aux services, adaptés aux besoins et obstacles spécifiques des personnes LGBT et c) recueillir des données concernant l'accès de cette population aux soins et établissements de santé. En outre, la discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits, ce qui alimente l'épidémie de VIH, entre autres problèmes de santé. La stigmatisation liée au VIH renvoie aux croyances, sentiments et attitudes négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (p. ex. leur famille) et des populations clés à risque plus élevé d'infection à VIH, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Cet indicateur fournit une mesure importante du nombre de pays qui sont en mesure d'assurer un suivi de la proportion des HSH ayant déclaré avoir été victimes de discrimination dans les services de soins de santé, y compris le dépistage, les soins médicaux et le traitement du VIH.
Note technique	Les pays sont invités à faire rapport sur les indicateurs de suivi de la Déclaration politique des Nations Unies 2016 sur la fin du sida. Cela se fait sur une base annuelle. Les pays qui font un suivi de l'indicateur LAC2.3.1b (dans l'ensemble des indicateurs régionaux pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes) et qui communiquent de nouvelles données seront considérés comme remplissant l'indicateur de résultat intermédiaire 12.a du Plan stratégique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Tous les 3 ans
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	ONUSIDA et OMS, et les rapports nationaux du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM).
Limitations	Cet indicateur est utilisé comme indicateur indirect des efforts déployés par les pays pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé. Comme les données sont fondées sur des enquêtes ou des entretiens de sortie avec des HSH, les informations ne sont pas collectées régulièrement et peuvent ne pas être représentatives du pays.
Références	1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf 2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Additional guidance for Latin American and Caribbean Countries-GAM 2019. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/gam-lac-progress-zero-discrimination_en.pdf 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans. Document CD56/INF/11, Corr. Disponible sur: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=46074&Itemid=270&lang=fr
Liens	• Suivi mondial du sida, indicateur 2.3.1.b pour l'Amérique latine et les Caraïbes

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 12:** Réduction des facteurs de risque de maladies transmissibles en traitant des déterminants de la santé au moyen d'une action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 12.b:** Nombre de pays et territoires où l'ensemble du territoire ou de l'unité territoriale endémique (par transmission vectorielle) a un indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatominae ou par le vecteur de substitution, selon le cas) inférieur ou égal à 1 %
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont atteint un indice défini d'infestation domestique par le vecteur concerné, comme l'expression d'un déclin potentiel de la transmission vectorielle aux humains. **Niveau de référence 2019 :** 17 **Cible 2025 :** 21
But de l'indicateur	Cet indicateur montre les progrès réalisés par le programme de lutte antivectorielle (anti-Triatominae) dans un pays, territoire ou zone géographique d'endémie de la maladie de Chagas pendant une période donnée, où l'indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatomiae ou par un vecteur de substitution, selon le cas) est inférieur ou égal à 1 % à la suite d'une réduction ou d'un arrêt dans la transmission vectorielle.
Note technique	Calcul au niveau des pays : L'indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatominae ou par le vecteur de substitution, selon le cas) est calculé pour chaque pays en divisant le nombre de logements infestés par le nombre de logements couverts par l'enquête dans une zone donnée, puis en multipliant par 100. Calcul au niveau régional : L'indicateur régional est obtenu en comptant le nombre de pays endémiques où l'indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatominae ou par un vecteur de substitution, selon le cas) est inférieur ou égal à 1 %.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité des maladies négligées, tropicales et à transmission vectorielle (CDE/VT)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels des pays reçus pour la réunion annuelle de l'Initiative sous-régionale sur la maladie de Chagas. Des données complémentaires sont également obtenues grâce aux rapports d'évaluation sur le terrain réalisés par les missions internationales, ainsi que dans le cadre du Programme régional de l'OPS/OMS pour la maladie de Chagas.
Limitations	Les données montrent généralement des situations reflétées uniquement dans des échantillons représentatifs et des enquêtes entomologiques séro-épidémiologiques complémentaires.

Références	1. Salvatella R, Irabedra P, Sánchez D, Castellanos LG, Espinal M. South-south cooperation for Chagas disease. Lancet 3 August 2013;382(9890):395-396. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61671-2/fulltext 2. Salvatella R, Schmunis G. Chagas disease. In: Medcalf A, Bhattacharya S. Tropical diseases. Lessons from history. Ed. Orient Black Swan, Ed.I:88-90, Hyderabad, 2014. 3. Gouvernements d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Japon et du Nicaragua. Buenas prácticas en el control de la enfermedad de Chagas en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Tokyo: Ed. JICA; 2014. 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Initiative of the countries of Central America for control of vector-borne and transfusional transmission and medical care for Chagas disease (IPCA). Historia de 12 años de una Iniciativa Subregional, 1998-2010. Washington (DC) : OPS ; 2011 (OPPS/HSD/CD/005-11). Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6143&Itemid=4283 5. Salvatella R, Irabedra P, Castellanos, LG. Interruption of vector transmission by native vectors and "the art of the possible". Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 109(1):122-125, février 2014. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005527/
Liens	• Cible 10.7 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.3.4 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 12:** Réduction des facteurs de risque de maladies transmissibles en traitant des déterminants de la santé au moyen d'une action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 12.c:** Nombre de pays et territoires dotés d'une capacité accrue de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) pour guider les interventions de santé publique visant à réduire le risque et à prévenir la propagation des infections multirésistantes par une action intersectorielle
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires disposant d'un système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) qui fournit des données de qualité sur les profils de résistance des bactéries, y compris des informations épidémiologiques (sexe, âge, infection acquise à l'hôpital ou dans la communauté) sur le patient. Les données sont analysées et communiquées afin de guider les interventions de santé publique visant à réduire le risque et à prévenir la propagation des infections multirésistantes. **Niveau de référence 2019 :** 24 **Cible 2025 :** 25
But de l'indicateur	Cet indicateur a pour objet de démontrer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action nationaux de lutte contre la RAM dans les pays et territoires, en particulier au moyen d'efforts visant à « renforcer les connaissances par la surveillance et la recherche », comme le demande le *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens*. La mise en œuvre réussie des plans d'action nationaux devra permettre d'accroître la capacité de surveillance pour répondre à la menace de la RAM et en assurer un suivi. Les États Membres devront mettre en place ou renforcer leur capacité de surveillance de la RAM, en commençant par une solide capacité de laboratoire et en incluant la collecte de données épidémiologiques pertinentes. Cela permettra aux pays d'utiliser les données de surveillance de la RAM pour guider et mesurer les interventions, éclairer les lignes directrices en matière de traitement et appuyer les programmes de prévention et de lutte contre les infections, et leur permettra de participer au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS).
Note technique	L'indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires ayant la capacité de surveillance de la RAM requise, comme défini ci-dessus. Un pays a atteint l'indicateur si : • des analyses de données et des rapports sont disponibles au niveau national pour guider les interventions de santé publique, y compris des informations de laboratoire et épidémiologiques. • l'évaluation externe nationale de la qualité (EQA) des antibiogrammes (AST) des laboratoires participant au réseau national de surveillance de la RAM est effectuée chaque année. • les données sont communiquées à l'OPS au moyen de la plateforme améliorée de surveillance de la RAM pour les infections sanguines.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles (CDE), Programme spécial sur la résistance aux antimicrobiens

Source des données	Les données proviennent de formulaires de collecte de données annuels soumis officiellement par les pays à l'OPS ou d'autres sources telles que des enquêtes, des bases de données publiées et des rapports du domaine public.
Limitations	Les données dépendent de la qualité du système de surveillance et de la capacité de laboratoire pour la détection de la RAM. En outre, l'alignement avec GLASS posera des difficultés en matière de coordination au niveau des pays pour s'assurer que les données épidémiologiques et les systèmes d'information nécessaires sont disponibles.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Données sur la résistance aux antimicrobiens puliés sur PLISA. 2. Organisation mondiale de la Santé. Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Manuel pour la phase initiale de mise en oeuvre. Ce manuel aborde la phase initiale de mise en oeuvre du GLASS, en particulier la surveillance de la résistance des pathogènes bactériens humains les plus communs.
Liens	• Cible 10.8 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.6.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 12**: Réduction des facteurs de risque de maladies transmissibles en traitant des déterminants de la santé au moyen d'une action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 12.d:** Nombre de pays et territoires qui disposent de mécanismes adéquats pour prévenir ou atténuer les risques liés à la salubrité des aliments
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires disposant de mécanismes intersectoriels de contrôle des aliments adéquats en place pour prévenir ou atténuer les risques liés à la salubrité des aliments. **Niveau de référence 2019 :** 5 **Cible 2025 :** 22
But de l'indicateur	Cet indicateur montre les progrès accomplis dans la mise en œuvre d'une approche fondée sur les risques pour renforcer la salubrité des aliments dans un pays ou un territoire.
Note technique	Cet indicateur est calculé en comptant les pays et territoires qui ont mis en place ou sont en train de mettre en œuvre des mécanismes de réglementation intersectoriels obligatoires fondés sur les risques, des systèmes de surveillance et de suivi des aliments et des maladies transmises par les aliments, et toute autre pratique visant à protéger les consommateurs contre les maladies d'origine alimentaire en renforçant les contrôles pendant la production, la manutention, le stockage, la transformation et la distribution, en tenant compte de l'approche Une seule santé. Ces mécanismes doivent comprendre les cinq composantes suivantes d'un programme de salubrité des aliments, ainsi que toute autre pratique susceptible de protéger la santé contre les maladies d'origine alimentaire : 1. lois, règlements et politiques en matière de salubrité des aliments 2. autorités compétentes 3. surveillance et contrôle 4. inspection 5. éducation Une attention particulière devra être accordée aux risques associés aux populations en situation de vulnérabilité, en particulier les enfants, et aux situations à haut risque, telles que les environnements sans services d'inspection officiels.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en mars de l'année suivante.
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Centre panaméricain de la fièvre aphteuse/PANAFTOSA (CDE/AFT)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels soumis par les autorités nationales en matière de santé et d'agriculture à PANAFTOSA à l'aide de l'outil Performance, Vision et Stratégie, ainsi que d'autres sources telles que des enquêtes, des bases de données législatives, etc.
Limitations	• Les données reflètent les rapports d'auto-évaluation des mesures qualitatives. Elles doivent être complétées par d'autres mesures de la performance, y compris le nombre de maladies d'origine alimentaire déclarées et des enquêtes auprès des consommateurs sur les questions de salubrité des aliments.

	• L'indicateur dépend également de différentes autorités, selon les mécanismes nationaux de gouvernance.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé et IICA. Desempeño, visión y estrategia (DVE) para los sistemas y servicios nacionales de control de inocuidad de alimentos. 3rd ed. 2012 ; OPS/OMS et IICA, 2012.
Liens	• Cible 10.9 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.7.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Résultat Intermédiaire 13. Facteurs de risque des MNT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 13:** Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 13.a:** Prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans la Région, sur la base de l'usage autodéclaré de tout produit du tabac (avec ou sans fumée) pendant les 30 jours précédant l'enquête, y compris l'usage quotidien et non quotidien. **Niveau de référence 2018 :** 18,6 % * **Cible 2025 :** 16,2 % * Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, both sex, 2018 estimates and projection for 2025 available at WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition; Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition
But de l'indicateur	Cet indicateur permet d'assurer un suivi du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans les Amériques.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre total de consommateurs de tabac actuels* âgés de 15 ans et plus dans le pays/territoire. **Dénominateur :** population totale âgée de 15 ans et plus dans le pays/territoire. Calcul au niveau régional : **Numérateur :** nombre total de consommateurs de tabac actuels* âgés de 15 ans et plus dans la Région. **Dénominateur :** Population totale type âgée de 15 ans et plus dans la Région. * Les consommateurs de tabac actuels sont définis comme les personnes qui déclarent avoir consommé un produit du tabac avec ou sans fumée au cours des 30 jours précédant l'enquête, y compris l'usage quotidien et non quotidien. Les produits du tabac fumés comprennent les cigarettes manufacturées, les bidis, les cigares, les pipes, les pipes à eau (narguilé, hookah, chicha), le tabac roulé à la main, les kreteks et toute autre forme de tabac fumé. Le tabac sans fumée est du tabac qui n'est pas brûlé et qui peut être mâché, appliqué ou prisé. Les produits du tabac sans fumée comprennent le tabac à mâcher ou oral, le tabac à chiquer ou à cracher, le tabac à priser, le snus, le chimó et le dip.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Au moins tous les 5 ans

Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Enquête mondiale sur le tabagisme des adultes (GATS) ; enquêtes nationales sur les facteurs de risque (STEPS ou similaires) ; autres enquêtes nationales, y compris les questions sur le tabac pour les enquêtes (TQS), les enquêtes nationales sur la santé et les enquêtes nationales sur la toxicomanie.
Limitations	• La plupart des pays de la Région ne disposent pas d'un système national de surveillance en place permettant d'assurer un suivi, systématique et périodique, de l'épidémie de tabagisme dans la population adulte. • Différentes tranches d'âge peuvent être utilisées dans différentes enquêtes. • L'échantillon de l'enquête peut avoir une représentativité limitée (nationale, infranationale). • Différentes méthodes d'enquête (enquêtes auprès des ménages, enquêtes téléphoniques) peuvent être utilisées. • Différentes questions d'enquête peuvent être utilisées ; toutes les enquêtes n'incluent pas tous les produits du tabac, et toutes ne couvrent pas la consommation quotidienne et non quotidienne. • On dispose de peu de données ventilées pour produire des estimations normalisées. • Comme pour toutes les enquêtes fondées sur des auto-déclarations, les données sont sujettes à des biais, car les personnes interrogées peuvent sous-estimer ou surestimer leur consommation de tabac.
Références	1. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Tobacco Surveillance System. GTSS Data. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Atlanta, GA: CDC. Disponible sur : https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html 2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Survey: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd edition. Atlanta, GA: CDC; 2011. Disponible sur : https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs/en/ 3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design Manual, Version 2.0. Atlanta, GA: CDC; 2010. 4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.1. Atlanta, GA: CDC; 2014. 5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Indicator definitions. Atlanta, GA: CDC; 2012. 6. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire de la santé mondiale. Disponible sur : https://www.who.int/gho/fr/
Liens	• Indicateur 3.a.1 des ODD • Cible 9.2 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 13:** Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 13.b:** Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (APH) chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique. **Niveau de référence 2016 :** 8,0 L* **Cible 2025 :** 8,0 L** * OMS - Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé (*Global Information System on Alcohol and Health* - GISAH), consommation régionale d'alcool par habitant (15+) par région de l'OMS, 2018. ** La projection de l'OMS pour 2025 est une augmentation de la consommation si rien n'est fait. La cible est une augmentation nulle, ce qui nécessiterait des changements de politiques de la part des États Membres.
But de l'indicateur	Réduire la charge de morbidité imputable à l'alcool est une priorité de santé publique mondiale, comme l'affirme la Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. La stratégie définit l'usage nocif d'alcool comme une consommation qui entraîne des conséquences sanitaires et sociales néfastes pour le buveur (consommation nocive), pour les personnes qui l'entourent et pour la société en général, ainsi que des habitudes de consommation qui sont associées à un risque accru de résultats néfastes pour la santé (consommation dangereuse). On estime que 2,3 millions de décès par an, soit 3,8 % de tous les décès dans le monde, sont imputables à la consommation d'alcool, et que plus de la moitié d'entre eux sont causés par des maladies non transmissibles, notamment des cancers et des maladies cardiovasculaires. Le risque de la plupart des problèmes de santé attribuables à l'alcool est corrélé aux niveaux globaux de consommation d'alcool, et rien ne prouve qu'il existe un effet de seuil pour les cancers et l'hypertension. La consommation d'alcool par habitant est un indicateur sensible aux changements de politiques. Elle est corrélée à la mortalité globale et à la mortalité spécifiquement liée à l'alcool, en fonction de la prévalence des grands buveurs épisodiques et des buveurs dépendants.
Note technique	La consommation enregistrée par habitant chez les adultes est calculée comme la somme de la consommation d'alcool pur par boisson (bière, vin, spiritueux et autres) au cours d'une année civile donnée, sur la base des données provenant de diverses sources. Dans les calculs, la priorité est accordée aux statistiques gouvernementales sur les ventes de boissons alcoolisées au cours d'une année civile ou aux données sur la production, l'exportation et l'importation d'alcool dans différentes catégories de boissons. Dans les pays où les données sur la production ou les ventes des pouvoirs publics ne sont pas disponibles, les calculs sont fondés sur des données propres à chaque pays et disponibles publiquement provenant du secteur privé, y compris les producteurs d'alcool, ou sur des données par pays provenant de la base de données statistiques de la FAO (FAOSTAT), qui peuvent également comprendre des estimations de la consommation d'alcool non enregistrée. Pour les principales catégories de boissons alcoolisées, la « bière » comprend les bières de malt, le « vin » comprend le vin produit avec du raisin, les « spiritueux » comprennent toutes les boissons distillées et les « autres » comprennent plusieurs autres boissons alcoolisées, comme les boissons fermentées à base de sorgho, maïs, millet ou riz, ainsi que le cidre, le vin de fruits et le vin fortifié. Les estimations

	de la consommation d'alcool non enregistrée sont en grande partie fondées sur des données d'enquêtes, les données de FAOSTAT, d'autres sources telles que les rapports des douanes ou de la police et des avis d'experts. L'indicateur est calculé par la somme totale de la consommation d'alcool enregistrée et non enregistrée dans une population au cours d'une année civile donnée, divisée par la population résidente âgée de 15 ans et plus en milieu d'année pour la même année civile. La consommation d'alcool non enregistrée est estimée en pourcentage de la consommation totale d'alcool. Les proportions de consommation d'alcool non enregistrée au niveau national sont estimées à l'aide d'une analyse de régression, au moyen de jugements d'experts et d'enquêtes de surveillance STEPS. Les estimations de la consommation touristique proviennent de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), qui fonde ses calculs sur les données de l'Organisation mondiale du tourisme (OMT). L'estimation du nombre de litres d'alcool consommés par les touristes dans un pays est basée sur le nombre de touristes qui se rendent dans ce pays, le temps moyen qu'ils y passent et la quantité moyenne d'alcool consommée dans le pays d'origine des touristes (estimée sur la base de la consommation par habitant d'alcool enregistrée et non enregistrée dans le pays d'origine). Ces estimations supposent : a) que les personnes boivent la même quantité d'alcool lorsqu'elles sont touristes que dans leur pays d'origine et b) que la consommation touristique mondiale est égale à 0 (et donc la consommation touristique peut être négative ou positive en termes nets). La consommation totale par habitant est ensuite estimée en additionnant la consommation d'alcool enregistrée et non enregistrée et ajustant pour tenir compte de la consommation d'alcool des touristes. L'OMS utilise toutes les informations disponibles aux niveaux régional et national pour fournir des estimations de la consommation par habitant par pays et pour la Région.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Litres d'alcool pur (éthanol) par personne âgée de 15 ans et plus, par an
Fréquence de mesure	Annuelle. L'OMS utilise une moyenne sur 3 ans (par exemple, l'estimation pour 2016 est la moyenne des données pour 2014, 2015 et 2016) pour les rapports mondiaux qui comprennent les moyennes régionales et les estimations pays par pays.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Les systèmes de rapports administratifs sont utilisés pour la consommation APH enregistrée ; les données des enquêtes sont les sources préférées pour la consommation d'APH non enregistrée. Si ces données ne sont pas disponibles, des ensembles de données de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de la Division de la statistique de l'ONU sont utilisés, ainsi que des avis d'experts sur la consommation d'alcool non enregistrée. L'OMS utilise également des sources d'information publiques de l'industrie de l'alcool et établit une estimation pour chaque pays, qui est ensuite envoyée pour approbation à l'autorité sanitaire nationale concernée. L'OMS dispose d'estimations pour tous les pays de la Région dans le Système mondial d'information de l'OMS sur l'alcool et la santé (GISAH), qui a une interface avec le Système régional d'informations sur l'alcool et la santé (AMRISAH), le système pour la Région des Amériques. Le Rapport sur la situation mondiale Santé et alcool 2018 (*Global Status Report on Alcohol and Health 2018*) de l'OMS est la

	source de données pour le niveau de référence de cet indicateur ; il est fondé sur la dernière itération avec les États Membres en 2016 au moyen d'une enquête mondiale à laquelle les points focaux officiels dans chaque pays ont répondu. Les données sur la population utilisées pour ce rapport proviennent principalement de la Division de la population des Nations Unies et se rapportent à la population totale âgée de 15 ans et plus, les données relatives aux hommes et aux femmes étant présentées séparément lorsqu'elles sont disponibles.
Limitations	• La plupart des pays de la Région ne fournissent pas actuellement de données sur les ventes de boissons alcoolisées ; l'OMS établit donc des estimations à partir des données de la FAO et de l'industrie de l'alcool. Les informations provenant de sources de l'industrie de l'alcool peuvent ne pas être vérifiables. Les données sur la consommation d'alcool non enregistrée sont en grande partie fondées sur des investigations empiriques et sur le jugement d'experts utilisant un modèle de régression. • Les registres administratifs sont souvent incomplets. • La sous-estimation de la consommation par les personnes répondant à l'enquête peut influer sur les données. • Le manque de données suffisantes peut imposer des limites méthodologiques.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève : OMS ; 2010. Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/fr/ 2. Organisation mondiale de la Santé. Global Status report on Alcohol and Health, Genève: OMS ; 2018. 3. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817-843. 4. GBD 2016 Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet 2018; 392: 1015-35. 5. Organisation mondiale de la Santé. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Disponible sur : http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH 6. Organisation mondiale de la Santé. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) (Region of the Americas). Disponible sur : http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-amro
Liens	• Indicateur 3.5.2 des ODD • Cible 9.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.1a (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 13:** Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 13.c:** Consommation moyenne de sel (chlorure de sodium), normalisée en fonction de l'âge, par jour, en grammes, chez les personnes âgées de 18 ans et plus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la consommation moyenne de sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes de 18 ans et plus. **Niveau de référence 2019 :** 3,6 g de sodium/jour (Canada/États-Unis), 3,2 g de sodium/jour (Amérique latine/Caraïbes) **Cible 2025 :** <2,0 g de sodium/jour
But de l'indicateur	La consommation moyenne de sel/sodium dans la population est directement liée à la pression artérielle moyenne dans la population. La réduction de la surconsommation de sel est l'intervention la plus rentable pour la prévention de l'hypertension artérielle, qui est le principal facteur de risque de connaître un événement cardiovasculaire et d'en mourir.
Note technique	L'étalon-or pour l'estimation de la consommation de sel est la collecte d'urine de 24 heures pour déterminer le niveau d'excrétion de sodium/sel dans les urines. Toutefois, d'autres méthodes, comme les analyses ponctuelles d'urine et les enquêtes sur la fréquence des aliments, peuvent être plus faciles à réaliser au niveau de la population. Calcul au niveau des pays (exprimé en g/personne/jour) : **Numérateur** : la somme de toutes les concentrations de sodium dans l'urine de 24 heures dans la population adulte âgée de 18 ans et plus participant à l'étude de population OU la concentration de sodium dans l'urine de 24 heures estimée à l'aide de tests d'urine ponctuels comme décrit dans le protocole PanAm-STEPS OU la consommation en sodium estimée au moyen d'enquêtes de fréquence des aliments ou de rappels multiples des dernières 24 heures en grammes. **Dénominateur** : tous les participants à l'étude. L'OPS dispose d'un protocole pour déterminer la concentration en sodium de l'urine de 24 heures, qui est fondé sur des analyses d'urine ponctuelles et l'équation INTERSALT. Ce protocole est à la disposition des pays pour qu'ils l'incluent dans leurs études nationales sur les facteurs de risque, principalement au moyen de PanAm STEPS. Calcul au niveau régional : Pour calculer la consommation quotidienne moyenne de sel (chlorure de sodium) normalisée en fonction de l'âge en grammes chez les personnes âgées de 18 ans et plus, il faut appliquer la consommation moyenne de sel en fonction de l'âge à la population mondiale normalisée de l'OMS, additionnée pour tous les âges. Le processus de normalisation de l'âge sera effectué par l'OPS au niveau régional. Sur la base des données régionales fournies par l'OPS, l'OMS produit les estimations du pourcentage mondial de la consommation moyenne de sel de la population.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Grammes de sel par personne et par jour, sur la base de l'excrétion de sodium dans l'urine sur 24 heures, ou sur la base de l'urine ponctuelle, ou d'enquêtes sur la fréquence des aliments ou le rappel multiple des dernières 24 heures.

Fréquence de mesure	Tous les 4 à 5 ans, en même temps que l'enquête sur les facteurs de risque.
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Enquêtes nationales (PanAm STEPS ou enquêtes nationales sur la nutrition)
Limitations	Les rapports sur cet indicateur peuvent être peu fréquents, environ tous les quatre ou cinq ans, si le pays réalise son enquête nationale.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Genève : OMS ; 2010. 2. Organisation mondiale de la Santé. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Genève : OMS ; 2007. 3. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology 2009;38:791-813. 4. Cappuccio F et al. Policy options to reduce population salt intake. British Medical Journal 2011;343:d499 5. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. Journal of Human Hypertension 2009;23:363-384. 6. Organisation mondiale de la Santé. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet. Report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada, Canada. Octobre 2010. Genève : OMS ; 2011. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.7 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 13:** Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 13.d:** Nombre de pays et territoires ayant éliminé les acides gras trans produits industriellement
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont adopté des lois à caractère obligatoire limitant la quantité d'acides gras trans (AGT) produits industriellement dans les huiles et tous les aliments à 2 % du total des matières grasses, ou qui interdisent les huiles partiellement hydrogénées. Ainsi, il facilite également le suivi du pourcentage de la population qui est protégée (indicateur du cadre d'impact du 13e PGT), comme expliqué à la section But de l'indicateur. **Niveau de référence 2019 :** 3 **Cible 2025 :** 25
But de l'indicateur	Le but de l'indicateur est d'assurer un suivi du pourcentage de la population des Amériques qui vit dans des pays où il existe une réglementation à caractère obligatoire qui limite la quantité d'AGT produite industriellement dans l'alimentation.
Note technique	On considère que les pays et territoires ont atteint cet indicateur s'ils ont adopté une législation à caractère obligatoire qui limite la quantité d'acides gras trans (AGT) produits industriellement dans les huiles et tous les aliments à 2 % du total des matières grasses, ou qui interdit les huiles partiellement hydrogénées.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2-3 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Système de suivi interne de l'OPS pour le Plan d'action proposé pour l'élimination des acides gras trans de production industrielle.
Limitations	La mise en œuvre d'un règlement, une fois adopté, peut prendre beaucoup de temps, par conséquent, une population peut ne pas être protégée dès qu'un règlement est adopté.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Genève : OMS ; 2010. 2. Organisation mondiale de la Santé. Prévention des maladies cardiovasculaires Guide de poche pour l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire. Genève : OMS ; 2007. 3. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology 2009;38:791-813. 4. Cappuccio F et al. Policy options to reduce population salt intake. British Medical Journal 2011;343:d499 5. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. Journal of Human Hypertension 2009;23:363-384. 6. Organisation mondiale de la Santé. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet. Report of a joint technical meeting

	convened by WHO and the Government of Canada, Canada. October 2010. Genève: WHO; 2011. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 13:** Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 13.e:** Prévalence normalisée en fonction de l'âge des personnes âgées de 18 ans et plus insuffisamment actives physiquement
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 18 ans et plus (normalisation en fonction de l'âge) qui font moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse par semaine, ou l'équivalent. **Niveau de référence 2016 :** 39,3 % **Cible 2025 :** 35,0 %
But de l'indicateur	Cet indicateur sert à suivre les progrès de chaque pays sur le plan de l'amélioration des niveaux d'activité physique chez les adultes. L'activité physique procure des bienfaits fondamentaux pour la santé, notamment une meilleure forme cardiovasculaire, une réduction de la graisse corporelle et un profil de risque de maladies cardiovasculaires et métaboliques favorable. L'activité physique réduit également le stress et les symptômes de dépression.
Note technique	Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** personnes âgées de 18 ans ou plus qui n'ont pas le niveau d'activité physique recommandé. **Dénominateur :** nombre total de personnes âgées de 18 ans ou plus interrogées. Les estimations sont fondées sur l'activité physique autodéclarée saisie à l'aide du Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ), du Questionnaire international sur l'activité physique (*International Physical Activity Questionnaire* - IPAQ) ou d'un questionnaire similaire couvrant l'activité au travail, à la maison, pour le transport et pendant le temps libre. Au besoin, des ajustements sont apportés pour tenir compte de la définition faisant l'objet du rapport (lorsqu'elle diffère de la définition de l'indicateur), de la sur-déclaration connue de l'activité ou des limites de la couverture géographique de l'enquête (comme lorsqu'une enquête ne couvre que les zones urbaines) ou de la couverture par âge (lorsque la tranche d'âge est plus étroite que pour les personnes de 18 ans et plus). Aucune estimation n'est produite pour les pays ne disposant pas de données. On peut se procurer un guide de la méthode d'auto-déclaration à l'aide du Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ), sur : https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf. Le Questionnaire international sur l'activité physique (*Physical Activity Questionnaire* - IPAQ). La normalisation s'effectue à l'aide de la population mondiale normalisée de l'OMS.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Au moins tous les cinq ans, bien qu'il soit souhaitable que les mesures de l'inactivité physique fassent l'objet d'un suivi chaque année au moyen d'une enquête téléphonique.

Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Les données proviennent du recueil de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Il contient des enquêtes représentatives au niveau national menées tous les 4 à 5 ans par les pays, qui fournissent des mesures précises et des échantillons nationaux représentatifs.
Limitations	• La représentativité de certains échantillons (nationaux, infranationaux) est limitée. • L'accès aux données désagrégées pour produire les estimations normalisées est limité. • Les estimations sont fondées sur des données auto-déclarées. • Certaines estimations comportent des incertitudes (qui se reflètent dans de larges intervalles de confiance) en raison d'un manque de données de qualité.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Global recommendations on physical activity for health. Genève: WHO; 2010. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1 2. Organisation mondiale de la Santé. Global recommendation on physical activity for health: 18-64 years old. Disponible sur : http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1 3. Organisation mondiale de la Santé. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Genève: OMS ; 2004. Disponible sur : http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
Liens	• Cible 9.1 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.3b (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cible 3 de l'indicateur 7 du Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles de l'OMS • *Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030*

Résultat Intermédiaire 14. Malnutrition

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.a:** Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance, défini comme une taille par rapport à l'âge inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane établie par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Niveau de référence 2018 :** 6,5 % **Cible 2025 :** 3,9 % * * La cible est une réduction de 40 %.
But de l'indicateur	Cet indicateur fait partie d'un ensemble d'indicateurs dont le but est de mesurer le déséquilibre nutritionnel et la malnutrition entraînant la dénutrition (évaluée par l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation) et le surpoids chez les jeunes enfants. Le retard de croissance, défini comme une petite taille par rapport à l'âge, est le résultat d'une carence nutritionnelle de longue durée. C'est un facteur de risque de mortalité infantile qui entraîne souvent un retard du développement mental, de mauvais résultats scolaires et une capacité intellectuelle réduite.
Note technique	L'indicateur est calculé en utilisant des mesures du poids et de la taille des enfants de 0 à 59 mois. Le poids et la taille des enfants sont mesurés selon la méthodologie recommandée par l'OMS, c'est-à-dire que les enfants de moins de 24 mois sont mesurés en position allongée et les enfants de 24 mois et plus sont mesurés debout. Les enfants dont la taille par rapport à l'âge est inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS sont considérés comme ayant un retard de croissance. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille par rapport à l'âge est inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Dénominateur :** nombre total d'enfants de 0 à 59 mois qui ont été mesurés. Calcul au niveau régional : L'OMS tient à jour la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants, qui comprend des enquêtes basées sur la population répondant à un ensemble de critères. La validité et la cohérence des données sont vérifiées et les ensembles de données brutes sont analysés selon une procédure normalisée pour obtenir des résultats comparables. Les prévalences inférieures et supérieures aux seuils définis pour quatre indices, à savoir le poids par rapport à l'âge, la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge, chez les enfants d'âge préscolaire, sont présentées en utilisant des scores Z fondés sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

	Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données, y compris les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de la qualité des données et les flux d'activités de la base de données, est fournie dans un article publié dans le *International Journal of Epidemiology* par de Onis et Blössner (2003). Type prédominant de statistiques : ajusté. De Onis et al (2004a, 2004b) ont publié une méthodologie bien établie pour dériver les tendances mondiales et régionales et prévoir les tendances futures.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Recueil de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Les estimations conjointes sur la malnutrition infantile (UNICEF-OMS-Banque mondiale) utilisent des données provenant d'enquêtes auprès de la population comme les enquêtes nationales sur la nutrition, les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et les systèmes nationaux de surveillance.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays. • Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques des pays et de la disponibilité des financements. • Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication.
Références	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003;32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant. Genève : OMS [Internet.] 5. Organisation mondiale de la Santé. Physical status: the use and interpretation of anthropometry : report of a WHO Expert Committee. Genève : OMS ; 1995. (Technical report series 854). 6. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York ; OMS, Genève ; Banque mondiale, Washington (DC); 2012). Disponible sur : http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1

	7. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB): Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025 Stunting: 1990-2025. Disponible sur : http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en 8. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genève : OMS ; octobre 2012. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Liens	• Indicateur 2.2.1 des ODD • Cible 9.7 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS • Indicateur de résultat intermédiaire 2.5.1 du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT • Cible 1 des cibles mondiales de nutrition de l'OMS

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.b:** Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation, définie comme un rapport poids/taille inférieur de plus de deux écarts-types à la médiane établie par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Niveau de référence 2018 :** 0,8 % **Cible 2025 :** 0,8 %
But de l'indicateur	Cet indicateur fait partie d'un ensemble d'indicateurs dont le but est de mesurer le déséquilibre nutritionnel et la malnutrition entraînant la dénutrition (évaluée par l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation) et le surpoids chez les jeunes enfants. Il y a émaciation lorsque le poids d'un enfant est nettement inférieur au poids attendu d'un enfant de la même longueur ou de la même taille, en raison d'un manque de prise de poids ou d'une perte de poids effective. Elle indique une malnutrition actuelle ou aiguë. Les causes comprennent une alimentation inadéquate, des pratiques alimentaires incorrectes, des maladies et des infections - ou, plus fréquemment, une combinaison de ces facteurs.
Note technique	L'indicateur est calculé en mesurant le poids et la taille des enfants de 0 à 59 mois. Le poids et la taille des enfants sont mesurés selon la méthodologie recommandée par l'OMS, c'est-à-dire que les enfants de moins de 24 mois sont mesurés en position allongée et les enfants de 24 mois et plus sont mesurés debout. Les enfants dont le rapport poids/taille est inférieur de plus de deux écarts-types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS sont considérés comme souffrant d'émaciation. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le rapport poids-taille est inférieur de plus de deux écarts-types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Dénominateur :** nombre total d'enfants de 0 à 59 mois dont les mesures ont été prises. Calcul au niveau régional : L'OMS tient à jour la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants, qui comprend des enquêtes auprès de la population répondant à un ensemble de critères. La validité et la cohérence des données sont vérifiées et les ensembles de données brutes sont analysés selon une procédure normalisée pour obtenir des résultats comparables. Les prévalences inférieures et supérieures aux seuils définis pour quatre indices, à savoir le poids par rapport à l'âge, la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge, chez les enfants d'âge préscolaire sont présentées en utilisant des scores Z basés sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données, y compris les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de la qualité des données et les flux d'activités de la base de données, est fournie dans un article publié dans le *International Journal of Epidemiology* par de Onis et Blössner (2003).

	Type prédominant de statistiques : ajusté. De Onis et al (2004a, 2004b) ont publié une méthodologie bien établie pour dériver les tendances mondiales et régionales et prévoir les tendances futures.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Enquêtes nationales sur la nutrition, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et systèmes nationaux de surveillance.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays. • Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques des pays et de la disponibilité des financements. • Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication.
Références	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant. Genève : OMS [Internet.] 5. Organisation mondiale de la Santé. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Genève: WHO; 1995. (Technical report series 854). 6. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York ; OMS, Genève ; Banque mondiale, Washington (DC) ; 2012). Disponible sur : http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 7. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB): Global and regional trends by UN Regions, 1990-2030 - Stunting: 1990-2030. Disponible sur : http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en 8. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genève: OMS ; octobre 2012. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Liens	• Indicateur 2.2.2 des ODD • Cible 9.7 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

	• Cible 6 des cibles mondiales de nutrition de l’OMS

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.c:** Prévalence du surpoids chez les enfants (moins de 5 ans)
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un surpoids, défini comme un rapport poids/taille supérieur de plus de deux écarts-types à la médiane établie par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Niveau de référence 2018 :** 7,2 % **Cible 2025 :** 7,2 %
But de l'indicateur	Cet indicateur fait partie d'un ensemble d'indicateurs dont le but est de mesurer le déséquilibre nutritionnel et la malnutrition entraînant la dénutrition (évaluée par l'insuffisance pondérale, le retard de croissance et l'émaciation) et le surpoids chez les jeunes enfants. Le surpoids chez l'enfant est associé à une plus grande probabilité de surpoids à l'âge adulte, ce qui peut entraîner diverses invalidités et maladies comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. Les enfants en surpoids risquent d'être victimes de harcèlement et d'avoir peu d'estime de soi.
Note technique	L'indicateur est calculé en utilisant les mesures de poids et de taille des enfants de 0 à 59 mois. Le poids et la taille des enfants sont mesurés selon la méthodologie recommandée par l'OMS, c'est-à-dire que les enfants de moins de 24 mois sont mesurés en position allongée, tandis que les enfants de 24 mois et plus sont mesurés debout. Les enfants dont le rapport poids/taille est supérieur de plus de deux écarts-types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS sont considérés en surpoids. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le rapport poids-taille est supérieur de plus de deux écarts-types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Dénominateur :** nombre total d'enfants de 0 à 59 mois dont les mesures ont été prises. Calcul au niveau régional : L'OMS tient à jour la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants, qui comprend des enquêtes basées sur la population répondant à un ensemble de critères. La validité et la cohérence des données sont vérifiées et les ensembles de données brutes sont analysés selon une procédure normalisée pour obtenir des résultats comparables. Les prévalences inférieures et supérieures aux seuils définis pour quatre indices, à savoir le poids par rapport à l'âge, la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge, chez les enfants d'âge préscolaire, sont présentées en utilisant des scores Z fondés sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données, y compris les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de la qualité des données et les flux d'activités de la base de données, est fournie dans un article publié dans le *International Journal of Epidemiology* par de Onis et Blössner (2003). Type prédominant de statistiques : ajusté. De Onis et al (2004a, 2004b) ont publié une méthodologie bien établie pour dériver les tendances mondiales et régionales et prévoir les tendances futures.

Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Enquêtes nationales sur la nutrition, enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et systèmes nationaux de surveillance.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays. • Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques des pays et de la disponibilité des financements. • Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication.
Références	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003;32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant. Genève : OMS [Internet.] 5. Organisation mondiale de la Santé. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Genève : OMS ; 1995. (Technical report series 854). 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2007;85:660–667. 7. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York ; OMS, Genève ; Banque mondiale, Washington (DC) ; 2012). Disponible sur : http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genève : OMS ; octobre 2012. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Liens	• Indicateur 2.2.2 des ODD • Cible 9.7 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS • Indicateur de résultat intermédiaire 2.5.3 du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT • Cible 4 des cibles mondiales de nutrition de l'OMS

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.d:** Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents (5-19 ans)
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants et d'adolescents de 5 à 19 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur de plus d'un écart-type à la médiane établie par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. **Niveau de référence 2016 :** 33,6 % **Cible 2025 :** 33,6 %
But de l'indicateur	Cet indicateur permet de suivre les tendances de l'obésité chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans. L'obésité infantile est associée à une probabilité plus élevée d'obésité à l'âge adulte, ce qui peut entraîner diverses invalidités et maladies comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. Les enfants obèses risquent d'être victimes de harcèlement et d'avoir une faible estime de soi.
Note technique	L'indicateur est calculé à l'aide de l'IMC, qui est basé sur la taille et le poids mesurés. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : Pourcentage de la population définie ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur de plus d'un écart-type à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Calcul au niveau régional : L'OMS tient à jour la Base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition des enfants, qui comprend des enquêtes basées sur la population répondant à un ensemble de critères. La validité et la cohérence des données sont vérifiées et les ensembles de données brutes sont analysés selon une procédure normalisée pour obtenir des résultats comparables. Les prévalences inférieures et supérieures aux seuils définis pour quatre indices, à savoir le poids par rapport à l'âge, la taille par rapport à l'âge, le poids par rapport à la taille et l'indice de masse corporelle (IMC) par rapport à l'âge, chez les enfants d'âge préscolaire, sont présentées en utilisant des scores Z fondés sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Une description détaillée de la méthodologie et des procédures de la base de données, y compris les sources de données, les critères d'inclusion, le contrôle de la qualité des données et les flux d'activités de la base de données, est fournie dans un article publié dans le *International Journal of Epidemiology* par de Onis et Blössner (2003). Type prédominant de statistiques : ajusté. De Onis et al (2004a, 2004b) ont publié une méthodologie bien établie pour dériver les tendances mondiales et régionales et prévoir les tendances futures. Les données utilisées et les méthodes sont décrites dans NCD-RisC (2017).
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans

Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS dispose de données tirées d'enquêtes auprès de la population comme les enquêtes nationales sur la nutrition, les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et les systèmes nationaux de surveillance.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays. • Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques des pays et de la disponibilité des financements. • Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication.
Références:	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant. Genève : OMS [Internet.] 5. Organisation mondiale de la Santé. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Genève: WHO; 1995. (Technical report series 854). 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E,Siyam A, Nishidaa C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2007; 85:660–667. 7. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York ; OMS, Genève ; Banque mondiale, Washington (DC) ; 2012). Disponible sur : http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genève : OMS ; octobre 2012. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1 9. NCD-RisC. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies with 128.9 million participants. Lancet 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3
Liens	• Cible 9.7 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT • Cible 7 de l'indicateur 13 du Cadre de suivi mondial de l'OMS sur les MNT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.e:** Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de la population adulte (18 ans et plus) qui est en surpoids ou obèse, défini comme ayant un indice de masse corporelle (IMC) normalisé en fonction de l'âge égal ou supérieur à 25,0 kg/m^2 (pour le surpoids) ou 30,0 kg/m^2 (pour l'obésité). **Niveau de référence 2016 :** 62,5 % pour le surpoids et 28,6 % pour l'obésité **Cible 2025 :** 62,5 % pour le surpoids et 28,6 % pour l'obésité
But de l'indicateur	Cet indicateur assure un suivi des tendances du surpoids et de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus. Le surpoids et l'obésité chez les adultes sont associés à une prévalence accrue d'invalidités et de maladies comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires.
Note technique	L'indicateur est calculé en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC), défini par l'OMS comme le poids mesuré d'une personne en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Même s'il a ses limites, l'IMC est l'indicateur le plus facile à recueillir et le plus accepté pour mesurer la graisse corporelle. Le surpoids est défini comme un IMC ≥25,0 kg/m^2. L'obésité est définie comme un IMC ≥30,0 kg/m^2. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : **Numérateur :** nombre d'hommes et de femmes de 18 ans et plus ayant un IMC égal ou supérieur à 25,0 kg/m^2. **Dénominateur :** nombre total d'hommes et de femmes de 18 ans et plus dont les mesures ont été prises. Calcul au niveau régional : Méthodes statistiques normalisées de l'OMS. L'OMS tient à jour la Base de données mondiale sur l'indice de masse corporelle, qui comprend des enquêtes basées sur la population répondant à un ensemble de critères. La validité et la cohérence des données sont vérifiées et les ensembles de données brutes sont analysés selon une procédure normalisée pour obtenir des résultats comparables.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	L'Observatoire mondial de la santé de l'OMS dispose de données tirées d'enquêtes auprès de la population comme les enquêtes nationales sur la nutrition, les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et les systèmes nationaux de surveillance.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays.

	• Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques nationales et de la disponibilité des financements. • Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication.
Références:	1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. 4. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant. Genève : OMS [Internet.] 5. Organisation mondiale de la Santé. Physical status : the use and interpretation of anthropometry : report of a WHO Expert Committee. Genève : OMS ; 1995. (Technical report series 854). 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E,Siyam A, Nishidaa C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2007; 85:660–667. 7. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York ; OMS, Genève ; Banque mondiale, Washington (DC) ; 2012). Disponible sur : http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. Organisation mondiale de la Santé. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Genève : OMS ; octobre 2012. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1
Liens	• Cible 9.7 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS • Indicateur de résultat intermédiaire 2.1.6b du Plan stratégique 2014-2019 • Cible 7 de l'indicateur 14 du Cadre de suivi mondial de l'OMS sur les MNT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 14:** Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 14.f:** Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités. **Niveau de référence 2019 :** 37,8 % **Cible 2025 :** 50,0 %
But de l'indicateur	Cet indicateur fait partie d'un ensemble d'indicateurs dont le but est de mesurer les pratiques, les politiques et les programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ont une incidence directe sur l'état nutritionnel et la survie des enfants. L'allaitement maternel exclusif est l'intervention la plus efficace pour améliorer la survie de l'enfant. Il est donc essentiel d'améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour améliorer la nutrition, la santé et le développement des enfants.
Note technique	Le pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont exclusivement allaités est calculé à partir d'enquêtes qui posent des questions sur les liquides et les aliments donnés à un nourrisson le jour précédent et sur le nombre de tétées le jour précédent. Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) comprennent ce type de questions. **Numérateur :** nombre de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui n'ont reçu que du lait maternel le jour précédent. **Dénominateur :** nombre de nourrissons de 0 à 5 mois.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 5 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité des facteurs de risque et nutrition (NMH/RF)
Source des données	Les Indicateurs de base de l'OPS, qui utilisent les données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. L'OMS et l'UNICEF collectent conjointement des données sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en mettant en commun les informations des enquêtes nationales. De nombreux pays développés fournissent des données se référant à l'allaitement maternel exclusif à 6 mois, ce qui donne des estimations inférieures à la mesure standard de l'allaitement maternel exclusif dont la moyenne est calculée sur les six premiers mois. Les deux sources ont été combinées pour afficher toutes les données disponibles sur l'allaitement maternel exclusif.
Limitations	• Des enquêtes représentatives au niveau national ne sont pas disponibles pour tous les pays. • Bien que des enquêtes représentatives au niveau national soient généralement menées tous les cinq ans, leur fréquence peut varier en fonction des politiques des pays et de la disponibilité des financements.

	• Les systèmes nationaux de surveillance ne sont généralement pas fiables en raison de la faiblesse des procédures de collecte des données. Les catastrophes naturelles peuvent empêcher la réalisation d'enquêtes. • Il s'écoule un certain temps entre la collecte des données et leur publication. • Cet indicateur ne tient compte que des comportements des 24 heures précédentes et parfois des trois derniers jours précédant l'entretien.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. 2. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. 3. Indicateurs de base de l'OPS : Facteurs de risque. Disponible sur : http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html 4. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourisson et le jeune enfant : Genève : OMS ; 2014.
Liens	• Cible 9.7 du PASDA2030 • Indicateurs de base de l'OPS • Indicateur de résultat intermédiaire 3.1.4 du Plan stratégique 2014-2019 • Cible 5 des cibles mondiales de nutrition de l'OMS

Résultat Intermédiaire 15. Réponse intersectorielle à la violence et aux traumatismes

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 15**: Amélioration de l'action intersectorielle pour contribuer à la réduction de la violence et des traumatismes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 15.a:** Nombre de pays et territoires dotés d'un comité consultatif opérationnel ou d'un organisme chef de file en matière de sécurité routière qui appuie l'élaboration ou la mise en œuvre d'une stratégie nationale de sécurité routière
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont mis en place un comité consultatif ou un organisme chef de file responsable de la coordination multisectorielle des mesures visant à promouvoir la sécurité routière. **Niveau de référence 2019 :** 25 **Cible 2025 :** 28
But de l'indicateur	Cet indicateur reflète l'engagement régional d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de sécurité routière, ainsi que de réduire au minimum les doublons dans les efforts de prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.
Note technique	Les informations sont fournies par les pays dans leurs réponses au questionnaire du Rapport de situation de l'OMS sur la sécurité routière dans le monde.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données sont recueillies tous les 3 ans au moyen d'un questionnaire lors d'une réunion nationale de consensus. Les données les plus récentes (2016) peuvent être consultées dans le Rapport de situation de l'OMS sur la sécurité routière dans le monde 2018 Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)
Source des données	Rapport de situation de l'OMS sur la sécurité routière dans le monde, informations tirées des questionnaires nationaux sur la sécurité routière.
Limitations	Les équipes nationales remplissent les questionnaires en fonction de leurs propres perceptions, et les données peuvent donc être influencées par les antécédents des participants.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. 2004. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/fr/
Liens	• Cible 9.5 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 15:** Amélioration de l'action intersectorielle pour contribuer à la réduction de la violence et des traumatismes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 15.b:** Nombre de pays et territoires ayant un plan national ou multisectoriel de lutte contre la violence incluant le système de santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur exprime le nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre un plan national ou multisectoriel de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles qui inclut le système de santé et au moins une stratégie/intervention de prévention. **Niveau de référence 2019 :** 20 **Cible 2025 :** 25
But de l'indicateur	La prévention de la violence nécessite une action multisectorielle. Cet indicateur mesurera la disponibilité d'un plan national ou multisectoriel qui facilite la coordination des efforts entre de multiples secteurs au sein du gouvernement et de la société civile. La violence à l'égard des femmes et des filles sera utilisée comme indicateur indirect, bien que les pays et territoires doivent s'efforcer de concevoir et de mettre en œuvre des plans multisectoriels pour prévenir les formes multiples de violence, notamment la violence faite aux femmes, la violence contre les enfants, la violence chez les jeunes, la violence par les armes à feu et la maltraitance des personnes âgées, notamment. La *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (CD54/9, Rev. 2), approuvés par les États Membres en 2015, et le *Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*, approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016, mettent en exergue ce domaine de travail comme une priorité et proposent l'utilisation d'un indicateur similaire pour mesurer les progrès.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit mettre en œuvre un plan national ou multisectoriel de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles qui inclut le système de santé et qui comprend au moins une stratégie/intervention de prévention. Multisectoriel signifie que les rôles du secteur de la santé et d'au moins un autre secteur gouvernemental sont explicitement reconnus dans le plan. Une stratégie/intervention de prévention comprend les sept stratégies identifiées dans « RESPECT Femmes : Prévenir la violence à l'encontre des femmes », élaboré par l'OMS et ses partenaires. Il s'agit de renforcer les compétences relationnelles, d'autonomiser les femmes, d'assurer des services, de réduire la pauvreté, de sécuriser les environnements, de prévenir les violences envers les enfants et les adolescents et de transformer les attitudes, les croyances et les normes. De plus amples détails sont disponibles dans le document dans la section Références.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de prévention des maladies non transmissibles, de la violence et des traumatismes (NMH/NV)

Source des données	• Les pays doivent déjà fournir des informations sur un indicateur similaire dans le cadre des exigences en matière d'établissement de rapports liées à la Stratégie et au plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (CD54/9, Rev. 2). • Les enquêtes de l'OMS sur les indicateurs de politiques sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MNCAH) commenceront à collecter des données sur cet indicateur, y compris pour les États Membres de l'OPS. • Des informations complémentaires peuvent également être tirées du prochain Rapport de situation mondial de l'OMS sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants. • Des efforts seront également déployés pour renforcer les sources d'informations et de données sur les plans nationaux ou multisectoriels de lutte contre les multiples formes de violence.
Limitations	• L'existence d'un plan national ou multisectoriel n'est qu'une étape dans le processus de renforcement de la coordination entre les secteurs et entre le gouvernement et les organisations de la société civile. Cela ne signifie pas nécessairement que les actions proposées sont mises en œuvre efficacement. • Cet indicateur utilise la violence à l'encontre des femmes et des filles comme indicateur indirect de la réponse du système de santé à la violence sous toutes ses formes, en raison de la disponibilité des données. Cependant, de multiples formes de violence touchent les Amériques et se recoupent souvent. Par conséquent, l'OPS continuera d'appuyer les efforts déployés par les États Membres pour renforcer l'élaboration de plans nationaux ou multisectoriels de lutte contre les formes multiples de violence.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. La violence à l'égard des femmes. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (2015). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31546&Itemid=270&lang=fr 2. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (2016). Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/ 3. Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec ONU Femmes, le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le Gouvernement des Pays-Bas, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA), UK Aid, United States Agency for International Development (USAID) et le groupe Banque mondiale. RESPECT Femmes : Prévenir la violence à l'encontre des femmes (2019). Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/respect-women-framework/en/
Liens	• Cible 9.4 du PASDA2030 • Indicateur 4.1.1 de la *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes*

Résultat Intermédiaire 16. Action intersectorielle en faveur de la santé mentale

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 16:** Promotion accrue de la santé mentale, réduction des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, prévention des troubles mentaux36 et du suicide, et diminution de la stigmatisation, grâce à une action intersectorielle.
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 16.a:** Nombre de pays et de territoires ayant une collaboration en place entre les services gouvernementaux de santé mentale et d'autres départements, services et secteurs
Définition de l'indicateur	L'indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont une collaboration en place entre les services gouvernementaux de santé mentale et d'autres départements, services et secteurs. **Niveau de référence 2019 :** 9 **Cible 2025 :** 22
But de l'indicateur	Cet indicateur évalue l'existence de mécanismes formels de collaboration multisectorielle pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles de santé mentale et du suicide.
Note technique	Pour démontrer une collaboration en place pour la santé mentale entre les services gouvernementaux de santé mentale et d'autres départements, services et secteurs, un pays doit satisfaire aux trois critères suivants : 1. Il existe un accord formel ou un plan conjoint avec le partenaire. 2. Il existe un financement dédié de la part ou à destination de ce partenaire pour la prestation de services. 3. Des réunions régulières ont lieu avec ce partenaire (au moins une fois par an). Les « autres départements » peuvent comprendre, sans s'y limiter, le ministère des Affaires sociales, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Justice et le ministère de l'Intérieur. Les « autres secteurs » peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, le secteur du logement (organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux), le secteur de l'emploi (organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux), les médias, les institutions universitaires, les organisations non gouvernementales locales ou internationales ou les organisations du secteur privé qui fournissent des services de santé mentale ou plaident pour ces services, les associations professionnelles, les organisations ou institutions confessionnelles, les guérisseurs traditionnels ou autochtones ainsi que les usagers et leurs familles.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les deux ans, dans le cadre de la collecte de données pour l'Atlas de la santé mentale de l'OMS
Unité du BSP	Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, Unité de santé mentale et consommation de substances psychoactives (NMH/MH)
Source des données	Atlas de la santé mentale de l'OMS.
Limitations	• Les déficiences des systèmes nationaux d'information sur la santé constituent une limitation majeure. • L'OPS et l'OMS suggèrent de mettre à jour l'Atlas de la santé mentale de l'OMS tous les deux ans (certains pays de la Région l'ont déjà fait). Néanmoins, il s'agit d'une initiative

	volontaire qui dépend des pays ; l'OPS encourage cette mise à jour périodique mais n'a pas de pouvoir décisionnel à cet égard.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Atlas de la santé mentale 2017. Genève : OMS.
Liens	• Cible 9.6 du PASDA2030

Résultat Intermédiaire 17. Élimination des maladies transmissibles

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17**: Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.a:** Nombre de pays et territoires qui parviennent à 90 % de suppression virale (charge virale <1000 copies/ml) chez les personnes sous traitement antirétroviral (ART)
Définition de l'indicateur	Le VIH peut être supprimé par une thérapie antirétrovirale combinée composée d'au moins trois médicaments antirétroviraux. Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires dans lesquels au moins 90 % des personnes sous traitement antirétroviral ont obtenu une suppression virale. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 15
But de l'indicateur	La charge virale au niveau individuel est la mesure recommandée de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale et indique l'observance du traitement et le risque de transmission du VIH. Un seuil de charge virale de <1000 copies/ml définit le succès du traitement. La suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH est l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé 2015. Cet indicateur permet également d'assurer un suivi des efforts continus de la Région pour atteindre le troisième 90 de la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA, à savoir que 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral auront supprimé leurs charges virales d'ici à 2020.
Note technique	Le pourcentage de suppression virale chez les personnes sous traitement antirétroviral est calculé comme suit : **Numérateur :** nombre de personnes vivant avec le VIH au cours de la période couverte par le rapport et dont la charge virale a été supprimée (<1000 copies/ml). **Dénominateur :** nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement et qui subissent un test de charge virale au cours de la même période. Les pays communiquant ces informations feront l'objet d'une évaluation de la réalisation d'une suppression virale de 90 % chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral. La suppression de la charge virale peut être mesurée à l'aide de trois sources de données différentes : a) données cliniques et de programme, b) enquêtes représentatives à l'échelle nationale ou c) indicateurs d'alerte précoce des enquêtes sur la résistance du VIH aux médicaments. Les pays devront communiquer des données provenant de la source la plus récente et représentative au niveau national. Les données des tests de charge virale devront être des données de routine plutôt qu'épisodiques. Par exemple, les résultats d'une personne ne devront pas être inclus si le test a été effectué avant le début du traitement ou lorsqu'on soupçonnait un échec thérapeutique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité du VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CDE/HT)
Source des données	ONUSIDA et OMS, et les rapports nationaux du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM).
Limitations	• L'un des défis découlant des données du programme tient au fait que les tests de la charge virale peuvent être effectués de façon sélective pour déterminer quand commencer le traitement ou pour identifier les échecs thérapeutiques possibles. Les données provenant des tests de charge virale pour lesquelles on soupçonne que le traitement thérapeutique a échoué sous-estimeront les niveaux de suppression de la charge virale. Si la couverture des tests de charge virale est faible, les niveaux mesurés de suppression virale peuvent surestimer la valeur réelle. • Une autre limitation tient au fait que cet indicateur ne reflète pas la couverture du traitement antirétroviral. Ainsi, les pays pourraient avoir un petit nombre de personnes sous traitement, mais un pourcentage élevé de personnes dont la charge virale est supprimée parmi les personnes sous traitement.
Références	1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf
Liens	• Cible 10.1 du PASDA2030 • Indicateur 3.2.2 du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* • Indicateur 1.4 du document de Suivi mondial du sida

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17.** Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.b:** Nombre de pays et territoires où plus de 80 % des cas de paludisme ont fait l'objet d'une investigation et ont été classés dans les zones ciblées pour l'élimination de la maladie ou la prévention de son rétablissement
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires dont les systèmes de santé ont intégré l'une des actions clés pour l'élimination du paludisme : l'investigation des cas. Le but de l'investigation est de déterminer si une infection a été contractée localement et le lieu probable de l'infection, et donc de déterminer si elle est due à une transmission autochtone du paludisme ou s'il existe des facteurs qui peuvent entraîner une transmission ultérieure. La collecte d'un historique détaillé d'un cas index à un point fixe de soins, lors d'une rencontre avec un agent d'un établissement de santé ou de santé communautaire, visant à classer le cas, constitue le fondement de l'investigation initiale. Cet indicateur ne se réfère pas à cette action initiale d'investigation de cas, qui devra faire partie des soins de routine dans tous les cas, quel que soit le niveau d'endémicité ; il se réfère plutôt à une action d'investigation épidémiologique ultérieure au domicile ou sur le lieu de travail du patient. Cela devra se faire au cours de la première semaine suivant la détection des cas dans les pays ou bien les zones où la charge de cas totale est très faible (par exemple, pas plus de trois cas par équipe d'investigation par semaine) ou bien où il y a peu de foyers de transmission. Dans les pays ou zones ciblés pour l'élimination dans les pays endémiques, tous les cas doivent faire l'objet d'une investigation épidémiologique de ce type, qui devra être déclenchée par la détection de chaque cas. **Niveau de référence 2019 :** 22 pays sur 34 **Cible 2025 :** 28 pays sur 34
But de l'indicateur	Dans les pays ou territoires où le paludisme est en cours d'élimination, l'OMS recommande que tous les cas fassent l'objet d'une investigation et soient classés. L'investigation des cas devra permettre de tirer des conclusions sur l'existence d'une transmission locale et devra guider les mesures de réponse visant à détecter d'autres cas possibles et à prévenir toute transmission ultérieure. La mesure de cet indicateur contribuera à l'opérationnalisation du concept de « surveillance en tant qu'intervention » dans les programmes d'élimination, promus par la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS*. L'évaluation de cet indicateur et les actions visant à atteindre les cibles viseront à promouvoir des mesures de politique publique et des améliorations opérationnelles dans l'intervention clé visant à parvenir à l'élimination du paludisme et à prévenir le rétablissement de la transmission.
Note technique	**Numérateur :** nombre de cas de paludisme ayant fait l'objet d'une investigation dans les zones ciblées pour l'élimination ou la prévention du rétablissement de la transmission dans le pays. **Dénominateur :** nombre total de cas de paludisme confirmés dans les zones ciblées pour l'élimination ou la prévention du rétablissement de la transmission. Dans la pratique, les investigations des cas devront se faire au moyen d'une visite au domicile ou sur le lieu de travail du cas lorsque la charge de travail totale de cas est très faible (par exemple, pas plus de trois cas par équipe d'investigation par semaine) ou lorsqu'il y a peu de foyers de transmission. Aux fins de la mesure de cet indicateur, il est entendu qu'une zone ciblée pour

	l'élimination est une partie ou la totalité du territoire national qui se trouve dans ces conditions. Un cas faisant l'objet d'une investigation et classé aura un formulaire d'investigation de cas.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, mesuré à la fin de l'année
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité des maladies négligées, tropicales et à transmission vectorielle (CDE/VT)
Source des données	Rapport annuel des pays sur le paludisme et missions techniques de l'OPS/OMS, bases de données sur les cas de paludisme et la détection des cas, vérification au niveau local et/ou national.
Limitations	• Dans les pays où l'endémicité est importante et où tous les cas ne doivent pas faire l'objet d'une investigation, la détermination correcte du numérateur et du dénominateur dépendra d'une stratification appropriée du territoire. • L'indicateur qui fait actuellement l'objet d'un rapport par les pays au niveau national devra désormais faire d'objet d'un rapport par les divisions administratives de second degré (ADM2), c'est-à-dire par les municipalités ou districts. Ce changement dans le niveau de déclaration peut être à l'origine de certaines limitions au début. • L'indicateur mesure la couverture de l'investigation des cas et non la qualité des actions.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Lutte contre le paludisme : surveillance, suivi et évaluation : un manuel de référence. Genève : OMS ; 2018. 2. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_fre.pdf?sequence=1
Liens	• Cible 10.6 du PASDA2030

<table>
<tr><td>Code et énoncé du résultat intermédiaire</td><td>Résultat intermédiaire 17: Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées</td></tr>
<tr><td>Code et énoncé de l'indicateur</td><td>Indicateur de résultat intermédiaire 17.c (a-g): Interruption de la transmission des maladies infectieuses négligées dans les pays, conformément aux critères et directives de l'OMS</td></tr>
<tr><td>Définition de l'indicateur</td><td>Cet indicateur suit dans quelle mesure les pays et territoires parviennent à interrompre la transmission d'une ou de plusieurs maladies infectieuses négligées, conformément au Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 de l'OPS, approuvé en septembre 2016 dans la résolution CD55.R9 du Conseil directeur de l'OPS. L'interruption de la transmission est une étape préalable à l'élimination de la MIN.

<table>
<tr><th>Maladies infectieuses négligées</th><th>Référence 2019</th><th>Cible 2025</th></tr>
<tr><td>a. Trachome</td><td>1 sur 4</td><td>3 sur 4</td></tr>
<tr><td>b. Maladie de Chagas</td><td>17 sur 21</td><td>21 sur 21</td></tr>
<tr><td>c. Rage humaine transmise par les chiens</td><td>32 sur 35</td><td>35 sur 35</td></tr>
<tr><td>d. Téniase-cysticercose humaine</td><td>0 sur 16</td><td>5 sur 16</td></tr>
<tr><td>e. Filariose lymphatique</td><td>3 sur 7</td><td>6 sur 7</td></tr>
<tr><td>f. Onchocercose</td><td>4 sur 6</td><td>6 sur 6</td></tr>
<tr><td>g. Schistosomiase</td><td>3 sur 10</td><td>5 sur 10</td></tr>
</table>
Niveau de référence :
a. Trachome : le Mexique a éliminé le trachome en 2017.
b. Maladie de Chagas : 17 pays ont interrompu la transmission de la maladie de Chagas sur la totalité ou une partie de leur territoire.
c. Rage humaine transmise par les chiens : en 2019, 32 des 35 pays ou territoires avaient mis en place des capacités et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens.
d. Téniase-cysticercose humaine : aucun des 18 pays endémiques connus d'Amérique latine et des Caraïbes n'a éliminé la téniase/cysticercose comme problème de santé publique, et la plupart d'entre eux n'ont pas de programme de contrôle de cette maladie.
e. Filariose lymphatique : Trinité-et-Tobago, le Suriname et le Costa Rica ont été retirés de la liste des pays d'endémie en 2011.
f. Onchocercose : la Colombie (2013), l'Équateur (2014), le Mexique (2015) et le Guatemala (2016) ont éliminé l'onchocercose. On s'attend à ce que le Brésil et le Venezuela interrompent la transmission d'ici à 2022 et éliminent la maladie d'ici à 2025.
g. Schistosomiase : il existe des données probantes du fait que quelques pays des Caraïbes ont interrompu la transmission de la schistosomiase (Antigua-et-Barbuda, Sainte-Lucie et Suriname), mais cela reste à confirmer. Au moins deux autres pays devraient parvenir à éliminer cette maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2025.

Cible :
a. Trachome : le Brésil, la Colombie et le Guatemala peuvent fournir des preuves d'ici à 2025 qu'ils ont atteint une prévalence d'inflammation trachomateuse-folliculaire (TF) <5 % chez les enfants de 1 à 9 ans et qu'ils ont commencé la surveillance post-administration médicamenteuse de masse dans chacun des districts endémiques. L'Initiative d'élimination de la maladie de l'OPS appelle à l'élimination du trachome d'ici à 2022, conformément aux</td></tr>
</table>

	objectifs de l'OMS. Toutefois, les pays de la Région auront besoin de plus de temps car il y a eu des retards et les pays manquent de fonds ou de capacités pour accélérer les efforts en vue de l'élimination. b. Maladie de Chagas : la cible est que 21 pays aient interrompu la transmission de la maladie de Chagas sur la totalité ou une partie de leur territoire d'ici à 2025. c. Rage humaine transmise par les chiens : la cible est que 35 des 35 pays ou territoires disposent de capacités établies et de processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens . d. Téniase-cysticercose humaine : l'Initiative pour l'élimination stipule que l'objectif consiste à éliminer les décès d'enfants, la morbidité dans les communautés à risque et les handicaps chez les enfants d'ici à 2030. La cible du résultat intermédiaire constitue une étape vers la réalisation des objectifs de l'Initiative pour l'élimination. e. Filariose lymphatique : on s'attend à ce que le Brésil et la République dominicaine parviennent très probablement à interrompre la transmission d'ici à 2022. f. Onchocercose : on s'attend à ce que le Brésil et le Venezuela interrompent la transmission d'ici à 2022. g. Schistosomiase : l'Initiative pour l'élimination stipule que la cible de l'OMS pour 2020 est l'élimination de la transmission dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes. Cela ne sera pas possible. Antigua-et-Barbuda, la Guadeloupe, Montserrat, Porto Rico et la République dominicaine sont des candidats pour parvenir à l'interruption de la transmission d'ici à 2022.
But de l'indicateur	L'objectif de l'élimination des maladies infectieuses négligées a été établi à la fois dans le cadre de mandats mondiaux, par exemple des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, et de mandats régionaux, par exemple la résolution CD55.R9 du Conseil directeur de l'OPS. Il est également inclus dans les Objectifs de développement durable, cible 3.3 : « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ». L'objectif de l'indicateur est de mesurer les progrès accomplis sur le plan de la réalisation de ces objectifs de santé publique, en considérant que l'interruption de la transmission est une étape vers l'élimination des MIN.
Note technique	Le calcul de l'indicateur est basé sur les critères et procédures de l'OPS et de l'OMS pour la vérification ou la validation de l'élimination pour chacune des maladies.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	• Pour la rage humaine transmise par les chiens et la maladie de Chagas : une fois par an • Pour la téniase-cysticercose humaine, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, et le trachome : tous les 2 à 3 ans
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Unité des maladies négligées, tropicales et à transmission vectorielle (CDE/VT)
Source des données	Données officielles fournies aux pays par les autorités sanitaires nationales ; résultats d'enquêtes, d'études de surveillance et de systèmes de surveillance régionaux tels que SIRVERA, le Système d'information régional pour la surveillance épidémiologique de la rage (*Regional Information System for the Epidemiological Surveillance of Rabies*).
Limitations	Pour plusieurs des maladies énumérées, comme la schistosomiase et la téniase/cysticercose humaine, l'OPS/OMS n'a pas encore élaboré de lignes directrices concernant les critères et procédures de vérification ou de validation de l'élimination.

Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022. 55e Conseil directeur (document CD55/15). Disponible sur: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-f.pdf 2. Organisation mondiale de la Santé. Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genève : 2017. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254377/9789241511957-eng.pdf?sequence=1 3. Organisation mondiale de la Santé. Validation de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique. Genève : 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/249582 4. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis Genève : 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204180/9789241510011_eng.pdf?sequence=1 5. Organisation mondiale de la Santé. WHO expert consultation on rabies: WHO TRS N°1012. Third report. Genève : 2018. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272364/9789241210218-eng.pdf
Liens	• Cible 3.3 des ODD • Cible 10.7 du PASDA2030 • *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (résolution CD55.R9) • Résolution WHA66.12 sur les maladies tropicales négligées • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17:** Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.d:** Nombre de pays et territoires ayant une capacité établie et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires ayant une capacité établie et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens, tant sur le plan de la santé publique que de la santé animale, sur la base d'un modèle de structure actuellement en cours d'élaboration. En ce qui concerne la santé publique, le modèle comprend six capacités : l'analyse des risques, la prophylaxie pré-exposition, la prophylaxie post-exposition, les activités de contrôle liées aux cas, l'éducation et la surveillance. En ce qui concerne la santé animale, le modèle englobe également six capacités : l'analyse des risques, la vaccination, le contrôle de la population, les contrôles des importations, la surveillance et les activités de contrôle liées aux cas. Pour chaque capacité, il y a jusqu'à trois niveaux de performance à évaluer. L'évaluation des performances par rapport à chaque capacité s'effectue dans le cadre des évaluations régulières des programmes de lutte contre la rage des pays. **Niveau de référence 2019 :** 30 **Cible 2025 :** 35
But de l'indicateur	Cet indicateur démontre les progrès réalisés par les pays dans le renforcement des capacités de base en vue de l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens. Un pays peut utiliser ces résultats pour étayer l'affectation des ressources du programme de lutte contre la rage (p. ex. investissement dans une capacité spécifique lorsqu'une fonction est en sous-performance). L'outil est alors en mesure de fournir le profil d'investissement optimal.
Note technique	Calcul au niveau des pays : Les améliorations de la capacité sont évaluées en examinant les scores pondérés spécifiques à la capacité par pays résultant du modèle, afin d'obtenir un score global par pays. Calcul au niveau régional : L'indicateur régional est calculé en comptant les pays qui ont amélioré leurs capacités et qui se sont engagés à éliminer la rage humaine transmise par les chiens.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, à la fin de chaque année civile
Unité du BSP	Prévention, maîtrise et élimination des maladies transmissibles, Centre panaméricain de la fièvre aphteuse/PANAFTOSA (CDE/AFT)
Source des données	Autorités sanitaires nationales (résultats des évaluations des programmes de lutte contre la rage).
Limitations	Tous les pays ne communiquent pas les informations requises dans des délais suffisants pour qu'elles soient évaluées en vue de leur inclusion dans le calcul de l'indicateur.
Références	1. Del Rio Vilas VJ, Burgeño A, Montibeller G, Clavijo A, Vigilato MA, Cosivi O. Prioritization of capacities for dog mediated human rabies in the Americas: building the framework. Pathogens and Global Health 2013;107(7):340-345.

	2. Organisation panaméricaine de la Santé. Meeting of Rabies Program Directors in the Americas (REDIPRA) - http://www.panaftosa.org/redipra16/index.php?lang=en 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Informe de resultados de la encuesta sobre la situación de los programas nacionales de rabia en las Américas: 2015-2016. Available in Spanish at: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51720 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Regional Information System for Epidemiological Surveillance of Rabies (SIRVERA) - https://sirvera.panaftosa.org.br/login
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.4.8 du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17:** Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.e:** Nombre de pays et territoires dans lesquels la transmission endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole a été rétablie
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires où une chaîne de transmission d'une souche du virus de la rougeole ou de la rubéole se poursuit sans interruption pendant plus de 12 mois dans une zone géographique définie. **Niveau de référence 2019:** 2 **Cible 2025:** 0
But de l'indicateur	L'indicateur montre la capacité des programmes nationaux de vaccination à soutenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans le temps.
Note technique	L'indicateur est calculé comme le nombre de pays et de territoires où la transmission endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole a été rétablie au cours d'une année donnée, pour un pays, un territoire ou une zone géographique spécifique.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Hebdomadaire
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données sont obtenues à partir des rapports hebdomadaires des pays à l'Unité d'Immunisation intégrale de la famille via MESS-ISIS.
Limitations	Les données dépendent de la qualité du système de surveillance ainsi que de la capacité de laboratoire dans chaque pays.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 1.5.2 du Plan stratégique 2014-2019 • Indicateur 1.2.1 du *Plan d'action en matière de vaccination* (CD54/7, Rev. 2)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17:** Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.f:** Couverture régionale moyenne des nouveau-nés par le vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la couverture des nouveau-nés par le vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance, exprimée en moyenne régionale pondérée. **Niveau de référence 2017 :** 76 % **Cible 2025 :** 95 %
But de l'indicateur	Une bonne couverture vaccinale chez tous les nouveau-nés au cours des 24 heures suivant la naissance contribue à prévenir l'infection périnatale par l'hépatite B. Cet indicateur montre le statut vaccinal de la cohorte de nouveau-nés au cours d'une année donnée.
Note technique	Cet indicateur est calculé en divisant le nombre de nouveau-nés qui ont reçu le vaccin contre l'hépatite B au cours des 24 heures suivant la naissance par le nombre d'enfants de moins d'un an (population en milieu d'année) dans un pays, un territoire ou une région géographique spécifiques à un moment donné. Lorsque les données ont été obtenues auprès des pays, une moyenne pondérée de la population des enfants de moins d'un an dans la Région est calculée.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données proviennent des rapports annuels soumis par les pays à l'Unité de l'Immunisation intégrale de la famille de l'OPS sur le formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification.
Limitations	Les données reflètent uniquement la couverture administrative, qui peut varier si les données de la population ne sont pas actualisées ou s'il y a des migrations importantes.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf
Liens	• Cible 10.5 du PASDA2030 • Indicateur 1.3.3 (adapté) du *Plan d'action en matière de vaccination* (CD54/7, Rev. 2), • Indicateur 2.1.2 (adapté) du *Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales* (CD54/13, Rev. 1),

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 17:** Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 17.g:** Nombre de pays et territoires ayant déclaré des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou à la circulation de poliovirus d'origine vaccinale (PVDVc) au cours de l'année écoulée
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires ayant déclaré des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou au poliovirus d'origine vaccinale (PVDVc) au cours de l'année écoulée. **Niveau de référence 2018 :** 0 **Cible 2025 :** 0
But de l'indicateur	L'indicateur démontre si un pays a notifié, procédé à une investigation et confirmé des cas de paralysie dus à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus d'origine vaccinale circulant dans le cadre d'un programme de surveillance fonctionnant correctement.
Note technique	La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans permet d'identifier la présence de cas de paralysie due au poliovirus sauvage ou au PVDVc dans un pays ou territoire. Il existe des lignes directrices spécifiques sur la surveillance qui sont mises en œuvre dans tous les pays et territoires pour identifier, notifier, procéder à l'investigation et signaler un cas de paralysie due au poliovirus sauvage ou au PVDVc.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Hebdomadaire
Unité du BSP	Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les données sont obtenues à partir des rapports hebdomadaires des pays à l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'OPS via PESS-ISIS.
Limitations	Les données dépendent de la qualité du système de surveillance ainsi que de la capacité de laboratoire dans chaque pays.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54e Conseil directeur de l'OPS, 67e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-f.pdf
Liens	• Cible 10.4 du PASDA2030 • Indicateur 1.1.1 du *Plan d'action en matière de vaccination* (CD54/7, Rev. 2), • Indicateur de résultat intermédiaire 1.5.4 du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Résultat Intermédiaire 18. Déterminants sociaux et environnementaux

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.a**: Nombre de pays et de territoires ayant la capacité de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques visant à traiter des déterminants sociaux de la santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont démontré leur capacité à traiter des déterminants sociaux de la santé. Pour le démontrer, les pays définiront les deux déterminants sociaux de la santé ayant le plus d'impact en fonction de leur contexte national, en ciblant les groupes vivant en situation de vulnérabilité, et ils élaboreront et mettront en œuvre des politiques pour traiter de ces déterminants. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 9 Les pays de la Région sont actuellement en train de définir les niveaux de référence et les cibles des indicateurs pour la stratégie et le plan d'action proposés pour la promotion de la santé. Le niveau de référence et la cible pour cet indicateur seront mis à jour lorsque le processus sera terminé.
But de l'indicateur	L'indicateur mesurera les avancées progressives des États Membres de l'OPS dans la formulation et la mise en œuvre de politiques traitant des déterminants sociaux prioritaires de la santé.
Note technique	Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que l'ensemble des forces et systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes et politiques sociales et les systèmes politiques. Ces conditions peuvent être très inéquitables et entraîner des différences dans les résultats de la santé. Les déterminants importants de la santé comprennent, entre autres, l'éducation, l'emploi (travail décent), le revenu, la protection sociale, la violence, les conditions de logement, le genre, l'origine ethnique et la race et les handicaps. Il appartient à chaque pays de déterminer quels sont les déterminants sociaux qui ont le plus d'impact dans le contexte national, en mettant l'accent spécifiquement sur les groupes en situation de vulnérabilité, et de formuler et mettre en œuvre des politiques pour traiter de ces déterminants. La plupart de ces politiques nécessiteront une action intersectorielle, mais certaines relèvent directement de la responsabilité du secteur de la santé. Les conditions nécessaires pour démontrer la capacité à traiter des déterminants sociaux comprennent les éléments suivants : • personnel et budget dédiés pour traiter et assurer un suivi des déterminants sociaux de la santé • au moins une formation au renforcement des capacités tous les trois ans pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques visant à traiter des déterminants sociaux de la santé, avec un volet suivi et évaluation • coordination fonctionnelle entre le secteur de la santé et les autres secteurs • actions intersectorielles documentées traitant des déterminants sociaux de la santé, en tenant compte du suivi et de l'évaluation

Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale, avec une évaluation finale à la fin de 2025
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé (DHE/HP)
Source des données	Les données seront obtenues auprès de différentes sources, telles que : • enquêtes auto-administrées • observatoires • politiques sanitaires gouvernementales approuvées • rapports des pays soumis aux organes conventionnels de l'Organisation des Nations Unies • rapports des pays soumis à l'Unité de la promotion de la santé et des déterminants sociaux de l'OPS • rapports des pays sur les objectifs de développement durable
Limitations	• Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet d'un suivi par les systèmes de santé. • Les données refléteront le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre des politiques visant à traiter des déterminants de la santé et en ont assuré le suivi ; toutefois, les données ne préciseront pas l'impact et les résultats de ces politiques.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé [Internet] ; 2017. Disponible sur : https://www.who.int/social_determinants/fr/ 2. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ; du 19 au 21 octobre 2011 ; Rio de Janeiro (Brésil). Rio de Janeiro : OMS ; 2011. Disponible sur : https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf. 3. Organisation mondiale de la Santé. Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. 62e Assemblée mondiale de la Santé ; du 18 au 22 mai 2009 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2009 (résolution WHA62.14). Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf.
Liens	• Cible 11.1 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.b**: Nombre de pays et territoires ayant la capacité de prévenir les principales maladies professionnelles
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre des services de santé au travail, des programmes de formation et d'éducation, ainsi que des programmes de surveillance professionnelle, axés sur des secteurs critiques de l'économie (comme les secteurs informels, de la santé, des mines et de l'agriculture), et qui accroissent efficacement les activités de prévention, de diagnostic et d'enregistrement des maladies professionnelles entre 2020 et 2025. **Niveau de référence 2019 :** 3 **Cible 2025 :** 7
But de l'indicateur	L'« épidémie invisible » de maladies professionnelles causée par le sous-diagnostic et le sous-enregistrement de ces événements exige le renforcement des capacités pour assurer leur détection, leur diagnostic et leur enregistrement en temps opportun, l'amélioration des systèmes nationaux d'information sur la santé des travailleurs et la poursuite de la prévention primaire par le contrôle des conditions dangereuses au travail. La mise en œuvre de services de santé, d'éducation et de formation spécifiques pour les travailleurs, ainsi que de programmes de surveillance professionnelle axés sur les secteurs à haut risque et le contrôle adéquat des conditions de travail dangereuses, devra permettre de réduire le nombre, les tendances et le fardeau des maladies professionnelles, des traumatismes, des invalidités et des décès. De plus, la mise en œuvre de réponses de prévention primaire (évaluations des risques professionnels, ingénierie et contrôles administratifs) permettra d'éviter des pertes économiques importantes pour les travailleurs, leurs familles et les employeurs.
Note technique	Les systèmes de surveillance qui intègrent la formation et l'éducation se sont avérés efficaces pour : a) détecter, contrôler ou éliminer les conditions de travail dangereuses, b) prévenir les maladies professionnelles, les traumatismes, les invalidités et les décès et c) réduire le fardeau de la mortalité en découlant. En établissant de tels systèmes, les pays contribuent à la productivité individuelle, familiale et nationale. Les maladies et les risques professionnels chroniques non transmissibles comprennent la silicose, les maladies liées à l'amiante et les maladies rénales chroniques de causes non traditionnelles (MRCNT), entre autres, ainsi que l'exposition à des agents cancérigènes. Les interventions d'évaluation des risques et de contrôle des dangers qui appliquent une hiérarchie de contrôles établie par les hygiénistes du travail (prévention primaire) sont depuis longtemps le meilleur moyen de prévenir ces maladies et expositions et leurs impacts sur la santé. Cela contribue à réduire ou éviter les besoins en soins de longue durée qui entraînent des coûts sociaux et de santé élevés, en particulier pour le secteur de la santé. Ces interventions de prévention primaire permettent également de transférer le coût des risques professionnels à la sécurité sociale et aux régimes d'indemnisation des travailleurs. Étant donné que la santé des travailleurs présente une approche intersectorielle, multidisciplinaire et multipartite naturelle, sa pratique exige la participation du secteur du travail et d'autres secteurs clés comme les mines, l'agriculture, l'environnement, l'industrie, la construction et le transport, entre autres. Le *Plan d'action sur la santé des travailleurs 2015-2025* inclut ces activités dans son deuxième axe d'action stratégique. Une assistance technique et des lignes directrices seront fournies pour

	la collecte de rapports des pays qui fourniront des données sur la fréquence et les tendances des maladies professionnelles, l'invalidité et les décès causés par des maladies clés, par âge, genre et secteur économique. Les pays rendront également compte des programmes de surveillance, de formation ou d'éducation qu'ils ont mis en place. Le secteur de la santé étant responsable de la protection de la vie et de la santé de toutes les populations, les autorités sanitaires nationales sont appelées à jouer un rôle de chef de file pour ce qui est de signaler les blessures, les maladies et les décès causés par le travail. Une attention particulière devrait être accordée aux conditions contribuant aux maladies professionnelles non transmissibles telles que la pneumoconiose (maladies liées à l'amiante, silicose), les maladies cardiovasculaires, les cancers professionnels et les MRCNT dans différents cadres de travail de la Région.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé (DHE/HP)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels des pays en utilisant les modèles définis par le *Plan d'action sur la santé des travailleurs*.
Limitations	• Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet d'un suivi par les systèmes de santé. • Les données refléteront le nombre de pays qui ont renforcé leurs capacités de prévention des principales maladies professionnelles grâce à des systèmes de surveillance professionnelle et de santé au travail ; toutefois, les données ne préciseront pas les conditions dangereuses ou leurs effets sur la santé des travailleurs. Dans les pays où des données sur la santé au travail sont collectées par la sécurité sociale ou d'autres institutions, une coordination supplémentaire est nécessaire pour obtenir ces informations.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des travailleurs 2015-2025. Résolution CD54.R6 (2015). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-10-f.pdf 2. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale. Résolution CD52.R10 (2013). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23350&Itemid=270&lang=fr 3. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs : 2008-2017. Genève: OMS ; 2008. Disponible sur : https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_fr_web.pdf?ua=1 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document CD52/7, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22783&Itemid=270&lang=fr
Liens	• Cible 11.5 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.5.4 du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.c**: Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion de la population qui utilise une source d'eau potable améliorée (eau courante dans les habitations, les cours ou les parcelles, robinets ou bornes-fontaines publics, forages ou puits tubulaires, puits creusés protégés ou sources et eaux de pluie protégées) qui est située sur place et disponible lorsqu'elle en a besoin, et qui ne contient aucune contamination chimique prioritaire et fécale. **Niveau de référence 2019 :** 57,5 % dans 8 pays et territoires **Cible 2025 :** 75 %
But de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur l'indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement « proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée ». Le terme « source améliorée » a été utilisé comme indicateur indirect de l'eau potable, en raison du manque de données sur la qualité de l'eau potable. L'indicateur du Plan stratégique intègre également des aspects de qualité (« sûre », « non contaminée »), d'accessibilité (« sur place ») et de disponibilité (« disponible lorsqu'elle en a besoin ») pour mieux répondre aux critères normatifs du droit à l'eau. Grâce à l'analyse de tous ces aspects, les responsables et les décideurs peuvent décider des priorités de leurs interventions : par exemple, le traitement pour améliorer la qualité, l'expansion des réseaux de distribution pour améliorer l'accessibilité, ou la réhabilitation du réseau de distribution existant pour améliorer la disponibilité et préserver la qualité. La désagrégation des données par critères géographiques et par niveaux socio-économiques permet d'identifier les segments de la population qui accusent un retard dans l'accès à des sources améliorées.
Note technique	Selon le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP), pour atteindre le seuil d'un service « géré de manière sûre », la source améliorée doit remplir trois conditions : • accessibilité : la source doit être située sur place (dans un logement, une cour ou une parcelle) ; • disponibilité : l'eau devra être disponible lorsqu'on en a besoin et • qualité : l'eau fournie doit ne contenir aucune contamination chimique prioritaire et fécale. Ces critères sont définis comme suit dans le document méthodologique du JMP. *Accessibilité :* l'eau potable se trouve sur place ou le temps de collecte depuis une autre source ne dépasse pas 30 minutes. *Disponibilité :* l'eau est « disponible en permanence et en quantité suffisante pour répondre aux besoins pour la boisson et l'hygiène personnelle, ainsi qu'à d'autres usages personnels et domestiques, tels que la cuisine et la préparation des aliments, la vaisselle et la lessive. L'approvisionnement doit être suffisamment continu pour permettre la collecte de quantités suffisantes pour satisfaire tous les besoins, sans compromettre la qualité de l'eau. »

	La « disponibilité de l'eau lorsqu'on en a besoin » est complexe et dépend de la quantité d'eau nécessaire, de la quantité d'eau disponible, de la continuité et de la fiabilité des approvisionnements, et de la capacité de stockage à domicile. Lorsqu'elles sont disponibles, le JMP utilise des données provenant de sources basées sur la population et un éventail de questions qui ont été incluses dans les enquêtes nationales auprès des ménages à ce jour. Dans les cas où les ménages interrogés déclarent avoir accès à suffisamment d'eau quand ils en ont besoin ou avoir de l'eau disponible au moins 50 % du temps (c'est-à-dire au moins 12 heures par jour ou quatre jours par semaine), le JMP les classe comme ayant des services d'eau potable qui sont disponibles lorsque la population en a besoin. En l'absence de données provenant de sources basées sur la population, des données provenant de sources administratives ont également été utilisées. Les systèmes d'eau par canalisation qui fournissent de l'eau pendant au moins 12 heures par jour ou quatre jours par semaine sont classés par le JMP comme « disponibles lorsque la population en a besoin », bien qu'il soit reconnu que cela peut ne pas permettre être suffisant pour réaliser pleinement ce droit de l'homme. *Qualité :* pour que l'eau potable soit considérée comme sûre, elle doit être exempte d'agents pathogènes et de concentrations élevées de substances nocives en tout temps. Aux fins du suivi mondial, la norme microbiologique appliquée est qu'aucun *E. coli* ne doit être détecté dans un échantillon de 100 ml. La numération des coliformes thermotolérants est un autre indicateur fécal couramment utilisé et est considérée comme une alternative acceptable de l'*E. coli*. Les données sur le respect des normes relatives au chlore résiduel, bien que précieuses pour le suivi opérationnel et la surveillance, ne sont pas considérées par le JMP comme démontrant le respect des normes microbiologiques. Au niveau mondial, les contaminants chimiques prioritaires sont l'arsenic et le fluorure. Le JMP recueille des données sur la conformité aux normes nationales pertinentes et, dans la mesure du possible, utilise le respect des valeurs des lignes directrices de l'OMS (10 µg/L et 1,5 mg/L, respectivement). **Numérateur :** population utilisant une source d'eau potable améliorée (eau acheminée par canalisation dans les habitations, les cours ou les parcelles, robinets ou bornes-fontaines publics, forages ou puits tubulaires, puits creusés protégés, ou sources et eaux de pluie protégées) qui est située sur place et disponible lorsqu'on en a besoin, et qui ne contient aucune contamination chimique prioritaire et fécale. **Dénominateur :** population totale du pays sur la base des estimations annuelles officielles.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels du JMP disponibles en anglais sur https://washdata.org/.
Limitations	• Les données sur la disponibilité et l'accessibilité de l'eau potable sont de plus en plus disponibles grâce à une combinaison d'enquêtes auprès des ménages et de sources administratives, y compris les organismes de réglementation, mais les définitions doivent encore être normalisées.

	• Les données sur la qualité (contamination fécale et chimique), tirées des enquêtes auprès des ménages et des bases de données réglementaires, ne couvriront pas immédiatement tous les pays et devront être élaborées.
Références	1. Objectif de développement durable 6 et ses cibles et indicateurs http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines (mars 2018). Disponible sur : https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for drinking-water quality, 4th edition, incorporating the 1st addendum. Disponible sur : https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950
Liens	• Indicateur 6.1.1 des ODD • Cible 11.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.5.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.d**: Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec du savon et de l'eau
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées au niveau du ménage, une installation qui n'est pas partagée avec d'autres ménages et où les excréments sont éliminés de manière sûre in situ ou transportés et traités en-dehors, et qui comprend une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon là où habite le ménage. Des installations sanitaires améliorées comprennent des toilettes à chasse d'eau automatique ou manuelle qui se déversent dans les égouts, des fosses septiques ou des latrines à fosse, des latrines à fosse améliorées (latrines à dalle ou à fosse ventilée) et des toilettes à compostage. Une installation de lavage des mains est un dispositif destiné à contenir, transporter ou réguler le débit d'eau pour faciliter le lavage des mains. **Niveau de référence 2019 :** 38 % dans 11 pays et territoires **Cible 2025 :** 50 %
But de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur l'indicateur OMD « proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées » et intègre les aspects d'accessibilité (au niveau du ménage), d'acceptabilité et de sécurité (non partagée avec d'autres ménages) pour mieux répondre aux critères normatifs du droit à l'eau. Pour assurer la santé publique au-delà du niveau des ménages, cet indicateur intègre la gestion sûre des déchets fécaux tout au long de la chaîne d'assainissement, du confinement au traitement final et à l'élimination, et sert ainsi d'indicateur polyvalent contribuant à l'indicateur 6.3.1 sur le traitement des eaux usées des ODD. Le lavage des mains au savon est largement reconnu comme étant la première priorité en matière d'hygiène pour améliorer les résultats de la santé, et la présence d'installations de lavage des mains avec du savon et de l'eau disponible est utilisée comme indicateur indirect du comportement de lavage des mains. Cet indicateur est inclus en tant qu'élément standard dans de nombreuses enquêtes auprès des ménages et est enregistré au moyen de l'observation des équipes de terrain plutôt que par l'auto-déclaration des personnes répondant à l'enquête. En incorporant l'analyse de tous ces aspects, l'indicateur 6.2.1 des ODD attire l'attention des décideurs et des responsables sur les domaines qui nécessitent davantage d'investissements pour obtenir des résultats en termes de santé, d'égalité des genres et d'environnement. La désagrégation des données par critères géographiques et par niveaux socio-économiques permet d'identifier les segments de la population qui accusent un retard dans l'accès à des services d'assainissement sûrs.
Note technique	La définition de l'indicateur « services d'assainissement gérés de manière sûre » s'appuie sur le concept de diagramme des flux d'excréments, dans lequel les déchets fécaux provenant de différents types d'installations d'assainissement sont suivis tout au long des étapes du confinement, de la vidange, du transport, du traitement, de la réutilisation ou de l'élimination finale. Le document méthodologique du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP) décrit ces étapes comme suit :

	Confinement : il s'agit de la mesure dans laquelle les installations sanitaires que les populations utilisent assurent que les excréments sont séparés de manière sûre des contacts humains au niveau des ménages et des communautés. Dans les cas où il existe des données sur la proportion de personnes utilisant des systèmes d'assainissement améliorés sans confinement efficace des déchets fécaux (par exemple, conduites d'égout, latrines ou fosses septiques qui fuient dans l'environnement), le JMP ajuste en conséquence les estimations de l'assainissement géré de manière sûre. *Vidange des installations de stockage sur place :* le JMP recherche des données sur la proportion de personnes utilisant des installations de stockage d'assainissement sur place (fosses septiques ou latrines) qui ont déjà été vidées. Ces données peuvent provenir soit de sources de données basées sur la population, telles que des enquêtes auprès des ménages, soit de registres administratifs. Des informations sur le temps écoulé depuis la dernière vidange, la façon dont les excréments ont été vidés ou l'utilisation d'équipements de protection pour prévenir l'exposition professionnelle pendant la vidange peuvent être recueillies à partir de ces ensembles de données, mais elles n'ont pas été utilisées pour calculer les estimations. *Traitement et élimination des excréments provenant des installations de stockage sur place :* il s'agit de la proportion d'excréments vidés des installations de stockage sur place (fosses septiques ou latrines) qui sont soit enfouis sur place, soit transportés, habituellement par chariot, camion ou camion-citerne, vers des installations de traitement (quel que soit le type d'installations de traitement), soit rejetés dans les réseaux d'égouts. Certaines enquêtes auprès des ménages et sources administratives recueillent des informations sur la fréquence et la méthode de vidange des systèmes d'assainissement sur place et sur la question de savoir si les excréments sont acheminés vers des centres de traitement ou rejetés dans des conditions dangereuses. Les excréments des installations d'assainissement sur place peuvent être transportés vers des stations de traitement des eaux usées ou vers des stations de traitement des boues fécales spécialement conçues à cet effet. Les excréments acheminés vers des stations de traitement des eaux usées assurant au moins un traitement secondaire sont classés comme étant gérés de manière sûre. Les excréments acheminés dans des usines de traitement des boues fécales sont classés comme étant gérés de manière sûre si les fractions liquides et solides sont toutes deux traitées. *Eaux usées transportées jusqu'au centre de traitement :* il s'agit de la proportion d'excréments rejetés dans les systèmes d'égouts qui sont transportés avec les eaux usées jusqu'aux stations de traitement (quel que soit le type de station de traitement). Les eaux usées peuvent ne pas être transportées jusqu'au point de traitement en raison d'exfiltration, d'une défaillance de la pompe, de ruptures ou de blocages dans le réseau d'égout, ou elles peuvent se déverser directement dans des drains ouverts, des plans d'eau ou sur le sol. Les données sur la proportion d'eaux usées perdues au cours du transport sont rares. *Eaux usées traitées :* il s'agit de la proportion d'eaux usées arrivant aux stations de traitement des eaux usées qui font l'objet d'au moins un traitement secondaire (biologique). Les eaux usées qui font l'objet d'un traitement primaire ne sont pas considérées comme étant gérées de manière sûre à moins que les effluent ne soit rejetés d'une manière qui empêche tout contact humain par la suite (p. ex. par un long collecteur en mer). Si des données sont disponibles pour les classes conventionnelles (primaire, secondaire, tertiaire, avancé) ainsi que pour les catégories ambiguës (p. ex., « autres »), les catégories ambiguës ne sont généralement pas considérées comme étant gérées de façon sûre. Lorsque les seules informations disponibles sur le traitement sont ambiguës (par exemple, « traitées »), le JMP assume au moins le traitement secondaire mais demande des éclaircissements lors des consultations avec les pays.

	Numérateur : population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon. **Dénominateur :** population totale du pays sur la base des estimations annuelles officielles.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	Les données seront obtenues à partir des rapports annuels du JMP disponibles sur le site https://washdata.org/.
Limitations	Les données sur l'élimination et le traitement sûrs ne sont pas disponibles pour tous les pays. Les données sur les systèmes d'assainissement en milieu rural sont également limitées.
Références	1. Objectif de développement durable 6 et ses cibles et indicateurs. Disponible sur : http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ 2. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. JMP methodology 2017 update & SDG baselines (mars 2018). Disponible sur: https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf 3. Organisation mondiale de la Santé. WHO Guidelines on sanitation and health. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf
Liens	• Indicateur 6.2.1 des ODD • Cible 11.3 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 3.5.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.e**: Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres. Il est calculé en divisant le nombre de personnes utilisant des combustibles et des technologies propres pour la cuisson, le chauffage et l'éclairage par la population totale déclarant toute cuisson, tout chauffage ou éclairage, exprimé en pourcentage. Le terme « propre » est défini par les cibles de taux d'émission et les recommandations spécifiques relatives aux combustibles (c.-à-d. par opposition au charbon non traité et au kérosène) incluses dans les *Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air intérieur : Combustion de combustibles domestiques*. **Niveau de référence 2019 :** 87 % * **Cible 2025 :** 89 % * Il prend en compte les 23 pays suivants : Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela.
But de l'indicateur	La pollution de l'air dans les habitations est l'une des principales causes de maladies et de décès prématurés dans les pays en développement (voir la base de données de l'OMS sur l'énergie domestique) et constitue un risque sanitaire évitable. Dans les Amériques, l'OMS estime qu'environ 82 000 décès sont survenus en 2016 dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en raison de la cuisson, du chauffage et de l'éclairage utilisant des combustibles et des technologies polluants (OMS 2018). Les problèmes de santé liés à la pollution de l'air dans les habitations par les combustibles solides comprennent les infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les enfants de moins de 5 ans et les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le cancer du poumon chez les adultes (Lim et al., 2012). Les *Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air intérieur : Combustion des combustibles domestiques* (2014) mettent en garde contre les risques liés à l'utilisation de combustibles solides et de kérosène et fixent des objectifs pour réduire les émissions de polluants nocifs provenant des feux ouverts, des poêles et de l'éclairage à usage domestique. Le faible accès à l'énergie propre est concentré dans les populations marginalisées. Cela montre la nécessité de concevoir des interventions de politiques susceptibles de réduire l'exposition aux polluants domestiques, en tenant compte de leurs effets sur la santé et de leur contribution aux inégalités en matière de santé. Accélérer la transition vers l'énergie propre pour tous est une intervention de santé publique urgente et nécessaire dans la Région des Amériques, et le secteur de la santé doit être impliqué dans la recherche de solutions qui donnent les meilleurs résultats. Le renforcement de la capacité des États Membres de l'OMS à lutter contre la pollution de l'air dans les habitations va de pair avec la feuille de route de l'OMS et de l'OPS approuvée par la 69e Assemblée mondiale de la Santé. L'OMS est l'organisme dépositaire qui supervise le suivi mondial de l'objectif de développement durable (ODD) 7, indicateur cible 7.1.2 : « Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres. » L'ODD 3 inclut également l'indicateur 3.9.1, « Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans

	les habitations et à la pollution de l'air ambiant ». L'OPS s'est engagée à contribuer aux efforts mondiaux pour atteindre ces objectifs. De plus, la réduction de l'utilisation de combustibles et de technologies polluants pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage des ménages contribue à réduire les émissions de carbone noir, un polluant qui contribue au changement climatique. Cela présente donc des avantages à la fois pour la santé et pour l'environnement, et ces avantages comprennent la contribution à la réalisation de l'ODD 13 et à la mise en œuvre de l'Accord de Paris sur le changement climatique.
Note technique	L'indicateur est calculé à partir des données d'enquêtes auprès des ménages compilées par l'OMS. Les informations sur l'utilisation du combustible de cuisson et les pratiques de cuisson proviennent d'environ 800 enquêtes et recensements représentatifs à l'échelle nationale. Les sources comprennent les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les Enquêtes sur la mesure des niveaux de vie (LSMS), les Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS), l'Enquête sur la santé dans le monde (WHS) et d'autres enquêtes élaborées et mises en œuvre au niveau national. Les estimations de l'énergie pour la cuisson primaire pour la population totale, urbaine et rurale pour une année donnée sont obtenues séparément à l'aide d'un modèle à plusieurs niveaux. Le modèle ne tient compte que des régions, des pays et du temps en tant que fonction Spline, et les estimations sont limitées à des valeurs allant de zéro à un. Plus de détails sur le modèle sont publiés par ailleurs (Bonjour et al. 2013). Les estimations pour les pays pour lesquels aucune enquête n'est disponible sont obtenues comme suit : • Lorsque les données d'enquête ne sont pas disponibles pour un pays, la moyenne régionale pondérée en fonction de la population est utilisée pour obtenir des estimations globales au niveau régional ou mondial, mais aucune estimation ponctuelle n'est donnée pour ce pays. • Les pays classés dans la catégorie des pays à revenu élevé, avec un revenu national brut de plus de US$ 12 746 par habitant, sont supposés avoir effectué une transition complète vers l'utilisation de combustibles et de technologies propres comme principale source d'énergie domestique pour la cuisine. Pour ces pays, la dépendance primaire déclarée à l'égard des combustibles et des technologies polluants (non propres) est inférieure à 5 % et est considérée comme nulle aux fins des estimations régionales et mondiales. • Pour estimer la fraction de la population qui dépend des combustibles et des technologies propres pour le chauffage et l'éclairage, la même méthodologie s'appliquera, en utilisant les données d'enquêtes pour obtenir des estimations par pays pour une année donnée, avec les mêmes hypothèses que ci-dessus. • Il est possible de ventiler les données sur l'accès aux combustibles et aux technologies propres pour la cuisson des aliments par lieu de résidence rural ou urbain pour tous les pays. • Des données ventilées par sexe pour le principal utilisateur d'énergie pour la cuisson des aliments (c'est-à-dire le cuisinier) seront disponibles avec les améliorations attendues dans les enquêtes auprès des ménages. • Des données ventilées par sexe pour le chef de ménage sont disponibles pour la cuisine, l'éclairage et le chauffage. Au niveau des pays : • Il n'y a pas de rapports pour les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire pour lesquels il n'existe pas de données.

	• On suppose que les pays à revenu élevé qui ne disposent pas de données sont passés à des combustibles et des technologies propres et que, par conséquent, plus de 95 % de leur population utilise des combustibles et des technologies propres. Aux niveaux régional et mondial : • Pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne disposant pas de données, des moyennes régionales pondérées en fonction de la population sont utilisées pour calculer les estimations régionales et mondiales. • On suppose que les pays à revenu élevé qui ne disposent pas de données sont passés à des combustibles et des technologies propres et que, par conséquent, plus de 95 % de leur population utilise des combustibles et des technologies propres.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	Dans la plupart des pays, des données sur les combustibles et les technologies domestiques primaires, en particulier pour la cuisson, sont systématiquement collectées au niveau national, à l'aide de recensements et d'enquêtes. Les enquêtes auprès des ménages utilisées comprennent les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), appuyées par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), les Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS), appuyées par l'UNICEF, les Enquêtes sanitaires mondiales, appuyées par l'OMS, et autres enquêtes nationales fiables et représentatives à l'échelle nationale. L'Organisation mondiale de la Santé a compilé une base de données de statistiques sur l'accès à des combustibles et à des technologies propres et polluants, tirées de l'ensemble des enquêtes mondiales auprès des ménages sur la cuisson, le chauffage et l'éclairage. La base de données de l'OMS sur l'énergie domestique est mise à jour régulièrement et accessible publiquement. Pour l'énergie destinée à la cuisson, la base de données couvre 157 pays et un territoire pour la période 1970-2015, pour l'éclairage, 76 pays pour la période 1963-2014, et pour le chauffage, 16 pays pour la période 1986-2012. L'OMS travaille actuellement avec des organismes nationaux d'enquête, des bureaux nationaux de statistique, des chercheurs et d'autres parties prenantes pour améliorer les instruments d'enquête polyvalents auprès des ménages afin qu'ils recueillent des données sur les combustibles et les technologies utilisés pour le chauffage et l'éclairage. La proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres est estimée par l'OMS tous les deux ans.
Limitations	Premièrement, les autorités nationales de l'énergie sont généralement chargées d'améliorer l'accès aux services énergétiques, y compris les combustibles et les technologies propres pour l'éclairage, la cuisson et le chauffage. Les autorités sanitaires nationales peuvent ne pas être impliquées dans le processus de prise de décisions concernant les solutions mises en œuvre. Cet indicateur peut ne refléter que la capacité du pays à améliorer l'accès à l'énergie propre ; il ne mesure pas nécessairement le rôle du secteur de la santé du pays dans la promotion de solutions énergétiques propres, comme pour la cuisson des aliments, en tant qu'intervention majeure de santé publique. Il peut refléter les efforts de l'OMS pour inclure cet indicateur en

	tant qu'indicateur des ODD liés à la santé (l'OMS est l'organisme dépositaire de l'indicateur 7.1.2 des ODD, qui est nécessaire pour estimer l'indicateur 3.9.1 des ODD). Deuxièmement, il peut y avoir des écarts entre les chiffres déclarés à l'échelle internationale et les chiffres déclarés à l'échelle nationale, pour plusieurs raisons : • Des estimations modélisées peuvent être utilisées dans certains cas et des points de données d'enquête dans d'autres. • Différents calculs peuvent utiliser des définitions différentes des combustibles « polluants » (ou auparavant, « solides ») (bois seulement, ou bois et toute autre biomasse, par exemple, résidus de fumier ; kérosène inclus ou non comme combustible polluant). • Les calculs peuvent utiliser différentes estimations de la population totale. • Les estimations peuvent être exprimées en pourcentage de la population utilisant des combustibles polluants (ou solides) aux termes de l'indicateur de l'ODD 7, ou en pourcentage des ménages utilisant des combustibles polluants (ou solides) comme évalué dans des enquêtes telles que les enquêtes EDS ou MICS. • Les valeurs supérieures à 95 % d'utilisation de combustibles polluants sont déclarées comme étant >95 % et les valeurs inférieures à 5 % sont déclarées comme étant <5 %.
Références	1. Lim, S. S. et al., 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2224-2260. 2. Organisation des Nations Unies. Objectifs de développement durables des Nations Unies 2015-2030. Indicateurs ODD. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organisation mondiale de la Santé. Santé et environnement - Projet de feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé : rapport du Secrétariat. 69e Assemblée mondiale de la santé, document A69/18 (2016). Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-fr.pdf 4. Organisation mondiale de la Santé. 2018. WHO Household Energy Database. 5. Organisation mondiale de la Santé, 2014b. WHO Guidelines for Indoor Air Quality. Household Fuel Combustion. Genève : OMS. 6. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. Environ Health Perspect 2013;121(7). doi:10.1289/ehp.1205987
Liens	• Indicateurs 3.9.1 et 7.1.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.f**: Nombre de villes de ≥500 000 habitants (ou au moins la plus grande ville du pays) dans chaque pays et territoire qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour la moyenne annuelle des particules fines (PM2,5) ou progressent sur le plan de leur mise en œuvre)
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de grandes villes de la Région qui se conforment aux directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour les particules fines, ou qui progressent dans ce sens. La concentration annuelle moyenne de particules fines en suspension de moins de 2,5 microns de diamètre (PM2,5) est une mesure courante de la pollution atmosphérique et un bon indicateur de la qualité de l'air. Les PM2,5 peuvent également être estimées à partir des mesures effectuées pour les PM10. La moyenne annuelle est une moyenne pondérée en fonction de la zone pour la qualité de l'air urbain basée sur des mesures quotidiennes dans un ou plusieurs sites de suivi ou des estimations de modélisation, et est exprimée en microgrammes par mètre cube (µg/m3). **Niveau de référence 2019 :** à déterminer sur la base d'un calcul pour 44 villes.* **Cible 2025 :** une réduction de 20 % de la concentration annuelle moyenne de PM2,5 par rapport à 2019, dans au moins 35 des 44 villes. * Le niveau de référence pour la concentration annuelle moyenne des particules fines en suspension de moins de 2,5 microns de diamètre (PM2,5) sera calculée pour les villes suivantes de la Région qui mesurent les PM2.5 ou PM10 en 2019 : Argentine (Buenos Aires, Córdoba, Rosario), Bolivie (Cochabamba, La Paz, Santa Cruz), Brésil (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador de Bahía), Chili (Santiago), Colombie (Barranquilla, Bogotá, Cali, Manizales, Medellín), Costa Rica (San José), Cuba (La Havane), Équateur (Guayaquil, Quito), El Salvador (San Salvador), Guatemala (Guatemala), Honduras (San Pedro Sula, Tegucigalpa), Mexique (Mexico, Guadalajara, Juárez, León, Monterrey, Tijuana), Panama (ville de Panama), Pérou (Lima-Callao), République dominicaine (Saint-Domingue), Uruguay (Montevideo) et Venezuela (Caracas).
But de l'indicateur	Cet indicateur reflète les efforts déployés par la Région pour atteindre la cible 11.6 des ODD : « D'ici à 2030, réduire l'impact environnemental négatif des villes par habitant, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air et à la gestion, notamment municipale, des déchets ». Il est également nécessaire d'estimer le niveau annuel moyen du pays, pondéré par la superficie et la répartition de la population, qui sera utilisé pour mesurer l'indicateur 3.9.1 des ODD, « Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant. » Avec l'adoption par l'ONU du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en 2015 et l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé de la Feuille de route sur la pollution atmosphérique en 2016, la Région des Amériques a témoigné de son engagement à réduire l'impact négatif de la pollution atmosphérique sur la santé. Pour respecter ces engagements, l'un des principaux défis consistera à renforcer les interventions régionales, nationales et locales en incluant la santé dans la gestion de la qualité de l'air. Il s'agit notamment d'élargir et d'assurer l'accessibilité des informations et des données probantes régionales sur les effets de la pollution atmosphérique sur la santé, ainsi que sur

	l'efficacité des politiques et des interventions visant à remédier à ces effets, de renforcer les efforts régionaux pour le suivi et les rapports sur les tendances associées à l'exposition humaine à la pollution atmosphérique, en particulier aux PM2,5 et PM10, d'associer les acteurs de la santé à une action coordonnée avec les parties prenantes concernées pour permettre une réponse appropriée en vue de réduire les effets nocifs sur la santé de la pollution atmosphérique dans les Amériques tout en favorisant les synergies et de renforcer la capacité des secteurs responsables. La Région des Amériques est fortement urbanisée. Souligner la nécessité de contrôler la qualité de l'air dans les grandes villes en tant qu'objectif de santé publique liera directement l'indicateur aux mesures nécessaires pour réduire l'exposition à la pollution atmosphérique et contribuera au suivi des progrès réalisés dans ce sens. Le fait d'exprimer l'indicateur en termes de Directives de l'OMS sur la qualité de l'air et non comme un paramètre spécifique permet d'éventuels changements des Directives de l'OMS au cours de la période pendant laquelle l'indicateur sera utilisé.
Note technique	Calcul au niveau régional : Cet indicateur compte le nombre de villes de 500 000 habitants ou plus qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour ce qui est de la moyenne annuelle des particules fines (PM2,5) ou qui font des progrès en ce sens. Si un pays ou un territoire n'a pas de ville de 500 000 habitants ou plus, l'indicateur évaluera la situation de la plus grande ville ou de la capitale. Calcul au niveau des pays : • Méthode de calcul : la concentration moyenne annuelle de PM2,5 en milieu urbain est estimée à l'aide de stations de surveillance de la qualité de l'air au niveau du sol, à l'aide d'une modélisation améliorée qui intègre les données de télédétection par satellite, les estimations démographiques, la topographie et les mesures au sol (OMS 2016 ; Shaddick et al. 2016). • Désagrégation : lorsqu'il n'est pas estimé au niveau du sol, l'indicateur est disponible sur une grille de 0,1° x 0,1° pour le monde sur la Plate-forme mondiale de l'OMS sur la qualité de l'air et la santé. • Traitement des valeurs manquantes au niveau des pays : les valeurs manquantes sont laissées en blanc. • Sources des écarts : les différences entre les chiffres mondiaux et nationaux s'expliquent par l'utilisation des estimations modélisées par rapport aux concentrations moyennes annuelles obtenues à partir de mesures au sol. • Méthodes et orientations à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national : les pays qui disposent de réseaux de suivi de la qualité de l'air dans les zones urbaines peuvent utiliser les concentrations moyennes annuelles mesurées au sol et le nombre correspondant d'habitants pour calculer l'exposition pondérée par la population aux particules dans les villes. • Assurance de la qualité : les données utilisées dans le modèle sont des données officielles ou publiées sur la qualité de l'air ou d'autres sujets pertinents. Les estimations modélisées sont soigneusement vérifiées par recoupement et comparées aux mesures officielles au sol. • Processus de consultation/validation des ajustements et des estimations avec les pays : les données utilisées, les méthodes et les estimations finales sont partagées avec les pays avant d'être publiées par les voies de communication officielles de l'OMS avec les États Membres de l'OMS.

Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de villes
Fréquence de mesure	Annuelle ou semestrielle (selon la fréquence à laquelle l'information est communiquée et mise à disposition dans la base de données mondiale sur la qualité de l'air ambiant de l'OMS).
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	En Amérique latine et dans les Caraïbes, seules 37 villes de 500 000 habitants ou plus sur 100 ont fait l'objet de mesures de la pollution atmosphérique ces dernières années (Riojas et al. 2016). Par conséquent, les sources de données comprendront les mesures au sol des réseaux de suivi, mais aussi la télédétection par satellite, les estimations de la population, la topographie, les informations sur les réseaux locaux de suivi et les mesures des facteurs spécifiques contribuant à la pollution atmosphérique. Le processus de collecte des données pour les mesures au sol comprend des rapports officiels des pays et des recherches sur le Web. Les mesures des PM10 et des PM2,5 proviennent de rapports nationaux et infranationaux officiels et de sites Web ou sont communiquées par des réseaux régionaux ou par des agences des Nations Unies, des agences de développement, des articles de revues évalués par des pairs et des mesures au sol compilées dans le cadre de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité.
Limitations	Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet d'un suivi par tous les pays. Les données proviennent des systèmes de suivi des pays et de la modélisation de l'OMS, ce qui peut limiter la fréquence à laquelle l'indicateur peut être mesuré.
Références	1. Shaddick G et al (2016). Data integration model for air quality: a hierarchical approach to the global estimation of exposures to ambient air pollution. Royal Statistical Society, arXiv:1609.0014. 2. Organisation des Nations Unies. Indicateurs ODD. Disponible sur : https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/ 3. Organisation mondiale de la Santé. Santé et environnement - Projet de feuille de route pour une action mondiale renforcée face aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé : rapport du Secrétariat. 69e Assemblée mondiale de la santé, document A69/18 (2016). Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-fr.pdf 4. Organisation mondiale de la Santé. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. 2016. 5. Organisation mondiale de la Santé. WHO Global Ambient Air Quality Database. 6. Riojas-Rodríguez, H; Soares da Silva A; Texcalac-Sangrador JL; Moreno-Banda GL. Air pollution management and control in Latin America and the Caribbean and implications for climate change. Rev Panam Salud Pública 2016.
Liens	• Indicateurs 3.9.1 et 11.6.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18**: Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.g**: Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé dans le domaine de la sécurité chimique (y compris l'exposition des êtres humains aux métaux ou aux pesticides)
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui élaborent des politiques et mettent en œuvre des programmes pour traiter de la santé dans le domaine de la sécurité chimique, y compris la formation du personnel du secteur de la santé, les services de santé et la surveillance et la promotion de la santé, en ciblant les personnes exposées, en particulier celles en situation de vulnérabilité. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 22
But de l'indicateur	La sécurité chimique exige une approche multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé est un participant clé, étant donné la nécessité d'une gestion solide pour prévenir les effets sur la santé qui contribuent à la charge de morbidité et à la demande de services de santé. L'élaboration de politiques et la mise en œuvre de programmes compatibles avec les différents accords et cadres relatifs aux produits chimiques sont nécessaires pour renforcer la participation du secteur de la santé à la sécurité chimique.
Note technique	La Feuille de route de l'OMS sur les produits chimiques a été mise en œuvre pour donner suite à la résolution WHA69.4 (2016) de l'Assemblée mondiale de la Santé, *Rôle du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà*. La Feuille de route contribue également à la réalisation des cibles 3.9, 6.3 et 12.4 du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les domaines d'action de la Feuille de route comprennent la réduction des risques, les connaissances et les données probantes, la capacité institutionnelle, le leadership et la coordination, sous la responsabilité des États Membres de l'OMS et du Secrétariat de l'OMS. Pour la mise en œuvre, d'autres documents comprennent un manuel pour aider les pays à prioriser et à planifier leurs activités sur les actions décrites dans la Feuille de route. Ce manuel peut être utilisé pour préparer un plan de mise en œuvre de haut niveau, avec l'identification des domaines de focalisation et des possibilités de collaboration, ainsi que pour souligner les domaines où un soutien est nécessaire. Les centres antipoison, les services cliniques, la surveillance et l'éducation du public sont quelques-uns des domaines qui relèvent directement de la compétence du secteur de la santé. Cet indicateur est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre des activités liées à l'exposition aux produits chimiques incluses dans les quatre domaines d'action de la Feuille de route de l'OMS : réduction des risques, connaissances et données probantes, capacité institutionnelle et leadership et coordination (au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs). Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir mis en œuvre au moins une activité liée à l'exposition aux produits chimiques dans chacun des quatre domaines d'action.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle, combiné à des rapports continus portant spécifiquement sur les activités du secteur de la santé

Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	Des données seront obtenues à partir des rapports des pays concernant la participation aux activités de sécurité chimique, y compris la formation dans le secteur de la santé et les réunions internationales, régionales et nationales sur la sécurité chimique, telles que les activités et réunions liées à la Convention de Minamata sur le mercure et à l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (SAICM).
Limitations	Il est possible que les pays soient engagés dans des activités de sécurité chimique, souvent en collaboration avec d'autres secteurs et institutions, mais qu'ils ne rendent pas compte de ces activités, qui sont abordées dans les divers outils disponibles dans le cadre de la Feuille de route sur les produits chimiques.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. WHO Chemicals Road Map.
Liens	• Cibles 3.9, 6.3, et 12.4 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 18:** Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 18.h:** Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui démontrent une capacité au sein de l'autorité sanitaire nationale à faire face aux effets du changement climatique sur la santé. Au niveau national, cette capacité est définie par l'inclusion politique du secteur de la santé dans le débat national sur le changement climatique et par l'existence d'un point focal désigné pour le changement climatique qui a reçu une formation approuvée par l'OPS. **Niveau de référence 2017 :** 12 **Cible 2025 :** 23
But de l'indicateur	Cet indicateur reflète la capacité du secteur de la santé de la Région à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes intersectoriels pour traiter des effets du changement climatique sur la santé.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir à la fois a) un représentant de l'autorité sanitaire nationale participant à un comité interministériel national sur le changement climatique et b) un point focal chargé de coordonner la réponse du secteur de la santé aux effets du changement climatique sur la santé et qui possède les compétences requises. La création d'un comité interministériel national est un bon indicateur du fait qu'un pays a identifié des priorités de politique publique pour l'atténuation du changement climatique et l'adaptation au changement climatique. La représentation du secteur de la santé dans les comités interministériels sur le changement climatique améliore la coordination des politiques avec d'autres secteurs, facilite la mise en œuvre d'actions qui bénéficient à la santé, et contribue à la préparation du secteur de la santé aux effets du changement climatique. En outre, un comité interministériel peut veiller à ce que les questions de santé soient prises en compte dans les rapports nationaux sur le changement climatique présentés à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), tels que la communication nationale, le rapport d'inventaire national, les contributions déterminées au niveau national, les mesures d'atténuation appropriées au niveau national et les plans nationaux d'adaptation. Les pays sont encouragés à désigner un responsable nommé pour représenter l'autorité sanitaire nationale au sein du comité interministériel, assurant ainsi la continuité, la gestion et la représentation de l'autorité sanitaire nationale dans les activités nationales sur le changement climatique. Un point focal désigné renforce également la coordination des travaux interprogrammatiques entre les départements et les unités de l'autorité sanitaire nationale et sert de point de contact pour recevoir, collecter et diffuser les informations pertinentes, y compris avec les autres secteurs et parties prenantes. Pour une participation renforcée, ce point focal désigné devra également recevoir une formation reconnue par l'OPS sur le changement climatique, ses liens avec la santé et les possibilités de stratégies d'atténuation et d'adaptation. Les formations considérées comme applicables pour la réalisation de cet indicateur sont les suivantes :

	• cours virtuel de l'OPS sur le changement climatique et la santé • formations dirigées par l'OPS sur l'élaboration de plans nationaux d'adaptation pour le secteur de la santé (H-NAPs) • formations CCNUCC/PNUE/PNUD sur les plans nationaux d'adaptation avec une composante sur les plans sectoriels • des formations du Fonds vert pour le climat (FVC) sur l'accès aux fonds du FVC par l'intermédiaire des autorités nationales désignées • cours OMS/UNITAR sur la santé humaine et le changement climatique
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Changement climatique et déterminants environnementaux (DHE/CE)
Source des données	Les données proviendront des enquêtes de l'OPS dans les pays sur la santé et le changement climatique, des listes de certification des cours et des listes de participation aux formations.
Limitations	Bien que tous les pays n'assurent pas activement un suivi, l'OPS devra disposer de données fiables pour assurer un suivi précis. Par conséquent, il n'y a aucune limitation identifiée pour ce qui est de pouvoir suivre les progrès réalisés par rapport à cet indicateur.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. 2019. Caribbean action plan on health and climate change. Disponible sur: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38566 2. Organisation mondiale de la Santé. 2015. Cadre opérationnel pour renforcer la résilience des systèmes de santé face au changement climatique. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/189951/9789241565073_eng.pdf?sequence=1
Liens	• Indicateurs 13.2.1 et 13.3.2 des ODD • Cible 11.2 du PASDA2030 • Indicateur I.1.1 du Plan d'action des Caraïbes sur la santé et le changement climatique

Résultat Intermédiaire 19. Promotion de la santé et action intersectorielle

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 19**: Renforcement de la promotion de la santé et réduction des iniquités dans le cadre de l'approche de la santé dans toutes les politiques, de la diplomatie de la santé et de l'action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 19.a**: Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre le cadre de la santé dans toutes les politiques pour améliorer l'équité en santé ainsi que la santé et le bien-être
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre le cadre de la santé dans toutes les politiques pour améliorer l'équité en santé ainsi que la santé et le bien-être. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 16 Les pays de la Région sont actuellement en train de définir des niveaux de référence et des cibles d'indicateurs pour la stratégie et le plan d'action proposés pour la promotion de la santé. Le niveau de référence et la cible pour cet indicateur seront actualisés lorsque le processus sera terminé.
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure les progrès réalisés par les États Membres de l'OPS sur le plan de l'amélioration de la santé et de l'équité en santé grâce à la mise en œuvre intersectorielle du cadre de la santé dans toutes les politiques.
Note technique	Comme défini dans la Déclaration d'Helsinki de 2013, la santé dans toutes les politiques (HiAP en anglais) est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient systématiquement compte des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. L'interface entre la santé, le bien-être et le développement économique a été inscrite au programme politique des pays de la Région, reconnaissant la nécessité d'une action gouvernementale coordonnée dans le cadre de la santé dans toutes les politiques. Les municipalités et les villes sont particulièrement bien placées pour appliquer ce cadre pour promouvoir la santé et l'équité en santé. Les pays devront mettre en place des mécanismes tels que des comités intersectoriels, des tables rondes et des cabinets sociaux pour collaborer avec d'autres secteurs à la promotion de la santé et du bien-être. La coordination et l'évaluation de l'action intersectorielle, dans le cadre de la santé dans toutes les politiques, peuvent être réalisées sous la houlette du secteur de la santé, bien que cela ne soit pas une nécessité. Pour atteindre cet indicateur, un pays doit : • établir un mécanisme de coordination intersectorielle avec un mandat, des réunions régulières et des rapports ; • élaborer des politiques ou des stratégies nationales, infranationales et locales en matière de santé appliquant le cadre de la santé dans toutes les politiques pour promouvoir la santé et traiter des inégalités en santé et • effectuer des évaluations régulières de l'impact sur la santé des politiques, plans, programmes et projets intersectoriels.
Type d'indicateur	Absolu

Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Biennale, avec une évaluation finale à la fin de 2025
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé (DHE/HP)
Source des données	Les données proviendront de différentes sources telles que les observatoires, les études de cas et les rapports des pays soumis à l'Unité de la Promotion de la santé et des déterminants sociaux de l'OPS.
Limitations	Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet suivi par les systèmes de santé ou d'autres secteurs.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 21 novembre 1986 ; Ottawa, Canada. Genève : OMS ; 1986. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf. 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/10, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-f.pdf. 3. Organisation mondiale de la Santé. The Helsinki statement on health in all policies [Internet]. 8th Global Conference on Health Promotion ; 10-14 juin 2013 ; Helsinki. Genève : OMS ; 2013. 4. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ; du 19 au 21 octobre 2011 ; Rio de Janeiro (Brésil). Rio de Janeiro : OMS ; 2011. Disponible sur : https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf. 5. Organisation mondiale de la Santé. La Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Du 21 au 24 novembre 2016 ; Shanghai. Genève : OMS ; 2016]. Disponible sur : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-fr.pdf?ua=1.
Liens	• Cible 2.5 du PASDA2030 • *Plan d'action sur la promotion de la santé* (pour approbation en 2019)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 19**: Renforcement de la promotion de la santé et réduction des iniquités dans le cadre de l'approche de la santé dans toutes les politiques, de la diplomatie de la santé et de l'action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 19.b**: Nombre de pays et territoires qui ont intégré la promotion de la santé dans les services de santé sur la base des principes des soins de santé primaires
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui intègrent la promotion de la santé dans les services de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires. **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2025 :** 14 Les pays de la Région sont actuellement en train d'élaborer des niveaux de référence et des cibles d'indicateurs pour la *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030*. Le niveau de référence et la cible pour cet indicateur seront actualisés lorsque le processus sera terminé.
But de l'indicateur	L'indicateur mesure les avancées progressives des États Membres de l'OPS sur le plan de l'intégration des stratégies et actions de promotion de la santé dans les services de santé, conformément aux principes des soins de santé primaires. La promotion de la santé est une approche très rentable, qui permet de garder les personnes en bonne santé et d'éviter l'énorme fardeau de la maladie et le coût du traitement. Cela a été souligné dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978 et plus récemment dans la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires de 2018, et constitue une composante essentielle de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit remplir au moins trois des quatre critères suivants : 1. élaboration et mise en œuvre de lignes directrices nationales pour l'intégration de la promotion de la santé dans la planification et la prestation des services de santé, fondées sur les principes des soins de santé primaires, avec une composante de suivi et d'évaluation, 2. au moins 30 % du personnel a reçu une formation sur la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé pour une réflexion en amont et la participation des communautés, 3. intégration des promoteurs de la santé dans une équipe institutionnelle multidisciplinaire, 4. évaluations communautaires menées pour analyser l'impact des politiques de promotion de la santé sur la réduction des iniquités et la participation active des communautés.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé (DHE/HP)
Source des données	Observatoires, rapports sur les progrès vers la santé universelle et les soins de santé primaires, rapports des pays.
Limitations	Cet indicateur ne fait pas systématiquement l'objet d'un suivi par les systèmes de santé.

Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaire ; 6-12 sept. 1978; Alma-Ata (URSS). Genève : OMS ; 1978. Disponible sur : http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf 2. Organisation mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 21 novembre 1986 ; Ottawa, Canada. Genève : OMS ; 1986. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf. 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-f.pdf 4. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaire : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaire ; du 26 au 28 octobre 2018 ; Astana, Kazakhstan : OMS ; 2018. Disponible sur : https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf
Liens	• Cibles 2.1 et 2.5 du PASDA2030 • *Plan d'action sur la promotion de la santé* (pour approbation en 2019)

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 19**: Renforcement de la promotion de la santé et réduction des iniquités dans le cadre de l'approche de la santé dans toutes les politiques, de la diplomatie de la santé et de l'action intersectorielle
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 19.c**: Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des politiques ou des stratégies fondées sur des orientations régionales pour des écoles saines
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre des politiques ou des stratégies fondées sur des orientations régionales pour des écoles saines. **Niveau de référence 2019 :** 8 **Cible 2025 :** 13 Les pays de la Région sont actuellement en train d'élaborer des niveaux de référence et des cibles d'indicateurs pour la stratégie et le plan d'action proposés pour la promotion de la santé. Le niveau de référence et la cible pour cet indicateur seront actualisés lorsque le processus sera terminé.
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure les progrès réalisés par les pays et territoires dans l'adoption d'orientations régionales pour des écoles saines en mettant en œuvre des politiques ou des stratégies qui créent et maintiennent des cadres qui s'attachent à promouvoir la santé des enfants et des adolescents. Il y a beaucoup à gagner en matière de santé de la population en s'assurant que les enfants et les adolescents passent du temps dans des cadres propices à la bonne santé pendant qu'ils sont à l'école. L'objectif des écoles promouvant la santé est de créer des environnements favorables pour les générations futures, permettant aux enfants et aux adolescents de maintenir et d'améliorer leur santé ainsi que celle de leur famille et de leur communauté en appliquant les principes de la promotion de la santé.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit appliquer des politiques ou des stratégies ayant des caractéristiques qui se rapportent à au moins cinq des six domaines suivants : 1. écoles saines (p. ex. leadership, capacité institutionnelle, alimentation saine) 2. milieu scolaire physique (p. ex. terrains de jeux sûrs, latrines propres et sûres séparées pour les garçons et les filles, accès à l'eau potable) 3. environnement scolaire social (p. ex. environnement anti-harcèlement, équité) 4. compétences et éducation en matière de santé (p. ex., éducation aux compétences nécessaires dans la vie courante) 5. liens avec les parents et la communauté (p. ex. mécanismes de participation des communautés) 6. accès aux services de santé (p. ex. services de santé en milieu scolaire, liens entre l'école et les soins de santé primaires)
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 3 ans
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé (DHE/HP)
Source des données	Initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école, rapports nationaux des écoles promouvant la santé.

Limitations	Cet indicateur ne fait généralement pas l'objet d'un suivi par le secteur de la santé et nécessitera une collaboration avec le secteur de l'éducation.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. WHO's Global School Health Initiative. Health-Promoting Schools: A healthy setting for living, learning and working. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33407&lang=en 2. Organisation mondiale de la Santé. What is a health promoting school? 3. Organisation mondiale de la Santé. Resources and tools for assessment and monitoring. 4. Organisation panaméricaine de la Santé. FRESH: a comprehensive school health approach to achieve EFA. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33390&lang=en 5. Organisation mondiale de la Santé. Global Standards for Health Promoting Schools: Concept Note.
Liens	• Cible 2.5 du PASDA2030 • *Plan d'action sur la promotion de la santé* (pour approbation en 2019)

Résultat Intermédiaire 20. Systèmes d'information intégrés pour la santé

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 20:** Systèmes d'information intégrés pour la santé élaborés et mis en œuvre avec des capacités renforcées dans les États Membres et au sein du Bureau panaméricain de la santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 20.a:** Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interopérables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information pour la santé (IS4H) interopérables et intégrés incluant une désagrégation infranationale. **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2025 :** 7
But de l'indicateur	Cet indicateur montre les progrès sur le plan de l'adoption de nouvelles technologies pour la santé numérique et la mise en œuvre de mécanismes de gouvernance aux niveaux national et infranational pour améliorer la gestion des données et des informations. Ces changements permettent aux pays et territoires d'être mieux à même de formuler, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques aux niveaux national et infrarégional. Le cadre des systèmes d'information pour la santé contribue aux efforts déployés par les pays et territoires pour parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle en renforçant les systèmes d'information sur la santé interconnectés et interopérables qui garantissent un accès effectif et efficace à des données de qualité, à des informations stratégiques et aux outils des technologies de l'information et des communications pour la prise de décisions et le bien-être. Cela vient compléter les interventions proposées dans le cadre du *Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022* (CSP29/9). Les interventions permettant d'atteindre ces critères seront incluses dans les feuilles de route et les plans d'action régionaux, sous-régionaux et nationaux avec des activités, des tâches, des objectifs et des résultats clés prévus et des indicateurs de performance clés qui font partie du cadre de suivi et d'évaluation des systèmes d'information pour la santé.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir mis en place les trois mécanismes de gouvernance des systèmes d'information pour la santé suivants : 1. politiques (données ouvertes, accords de partage de données et/ou législation permettant des informations libres) 2. normes d'interopérabilité adoptées* 3. plan d'action mis en œuvre Ces critères ont été définis avec les États Membres à l'issue de trois consultations de haut niveau. Ils reflètent les efforts déployés par les États Membres pour renforcer les actions qu'ils mènent pour permettre la mise en œuvre et le suivi des ODD au moyen de la gestion des systèmes d'information pour la santé, en veillant à ce que ces systèmes fonctionnent d'une manière interconnectée et interopérable. L'outil d'évaluation de la maturité des systèmes d'information pour la santé servira à recueillir et à analyser des informations essentielles, notamment sur les cadres juridiques, les mémorandums pour l'échange interinstitutionnel de données, les modèles de gouvernance et de leadership et les mécanismes de collecte de données, les dictionnaires d'utilisation des données

	avec des données sanitaires normalisées et d'autres indicateurs. Cela suppose également des normes et des processus qui permettent de mesurer, de suivre et d'améliorer constamment la qualité de l'information et de prendre des décisions et d'adopter des politiques et des décisions éclairées. Cet outil d'évaluation est conçu pour s'assurer que les données sont ventilées par revenu, sexe, âge, race, origine ethnique, situation migratoire, handicap, emplacement géographique et autres caractéristiques pertinentes par rapport au contexte national, compte tenu du besoin de données jusqu'au niveau infranational. Il demeure difficile de s'assurer que les données relatives à la santé et les données sur d'autres questions qui ont une incidence sur la santé sont facilement accessibles et qu'elles sont utilisées d'une manière éthique et fondée sur des données probantes pour la prise de décisions, la formulation de politiques, le suivi et l'évaluation, et pour produire des renseignements qui guident l'action. Le défi et l'opportunité supplémentaires résultant de la révolution des données de masse accessibles sur Internet, utilisées de manière éthique, apporteront des bénéfices pour la santé publique dans les États Membres, comme jamais auparavant dans l'histoire de l'humanité. * L'interopérabilité est définie comme l'échange de données entre systèmes, bases de données et dispositifs. Pour que deux systèmes soient interopérables, ils doivent pouvoir échanger des données et les présenter ensuite d'une manière compréhensible pour l'utilisateur (définition adaptée de la Healthcare Information and Management Systems Society).
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données communiquées correspondent à l'application de l'outil IS4H d'évaluation de la maturité qui a été précédemment discuté avec les États Membres.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Systèmes d'information pour la santé (EIH/IS)
Source des données	Rapports d'évaluation de la maturité IS4H des pays, rapports de suivi du plan d'action régional et feuilles de route nationales.
Limitations	• Il se peut que les pays ne parviennent pas à assurer l'interopérabilité entre les applications technologiques. • Les capacités des ressources humaines pour l'adoption de nouvelles technologies pour les systèmes d'information, la gestion des données et l'analyse sanitaire peuvent être insuffisantes.
Références	1. Plateforme d'information en ligne de l'OPS sur les systèmes d'information pour la santé. Disponible sur : https://www.paho.org/ish/index.php/en/ 2. Rapport final suite aux consultations tenues avec les États Membres de la région des Caraïbes (du 7 au 9 novembre 2016) 3. Rapport final suite aux consultations tenues avec les États Membres d'Amérique centrale (du 11 au 12 décembre 2017) 4. Rapport final suite aux consultations tenues avec les États Membres d'Amérique du sud (du 17 au 19 juillet 2018) 5. « HIMSS 2013 Definition. » HIMSS, 5 avril 2013. Disponible sur : https://www.himss.org/library/previous-himss-interoperability-definitions 6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022 (CSP29/9), disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41997&Itemid=270&lang=fr.

Liens	• Objectifs 6 et 7, et plus particulièrement cibles 6.1, 6.2, 7.3, du PASDA2030 • *Plan d'action de l'OPS pour le renforcement des systèmes d'information en santé* (CE164), pour approbation par le 57e Conseil directeur • *Plan d'action de l'OPS pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022* (CSP29/9) • Cet indicateur contribue à la disponibilité des données utilisées pour mesurer la santé et les indicateurs liés à la santé au titre de l'ODD 3 et de l'indicateur d'ODD 17.18.1 (« Proportion d'indicateurs du développement durable établis à l'échelle nationale, ventilés de manière exhaustive en fonction de la cible conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle ») et 16.10.2 (« Nombre de pays qui adoptent et mettent en œuvre des dispositions constitutionnelles, règlementaires et politiques pour garantir l'accès public à l'information »)

Résultat Intermédiaire 21. Données, informations, connaissances et données probantes

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 21**: Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 21.a**: Nombre de pays et territoires dotés d'une gouvernance fonctionnelle pour produire et utiliser des données probantes intégrées dans les systèmes de santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires présentant au moins l'un des éléments suivants : 1. des programmes nationaux en place pour élaborer des lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de santé publique 2. des mécanismes nationaux formels en place pour produire et utiliser des données probantes lors de la formulation de politiques **Niveau de référence 2019 :** 7 **Cible 2025 :** 15
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure les aspects clés de la gouvernance étayée par des données probantes au sein d'un système de santé. La gouvernance fonctionnelle consiste en une structure institutionnelle formelle avec des priorités, des exigences et des normes définies, ainsi que des mécanismes pour les mettre en œuvre, pour la production, la diffusion et l'utilisation des données probantes. Par conséquent, un processus formel et normalisé d'application des connaissances doit être en place pour que le pays puisse intégrer systématiquement les données probantes aux politiques, aux systèmes et aux pratiques à l'échelle nationale. La production et l'utilisation de données probantes pour l'élaboration de politiques et la prise de décisions dans les systèmes, les programmes et les pratiques de santé s'appuient sur divers mécanismes normalisés établis dans différentes structures du système de santé (par exemple, dans les lignes directrices nationales et les programmes de normes, les organismes d'évaluation des technologies de la santé, les décisions relatives aux régimes de prestations de santé, les organismes de réglementation des médicaments et autres technologies, etc., et à différents niveaux (national, régional et municipal). Le concept de gouvernance fonctionnelle reconnaît la nécessité d'articuler ces mécanismes d'application des connaissances pour s'attaquer à la fragmentation et à la segmentation de la gouvernance fondée sur des données probantes dans les systèmes de santé.
Note technique	Définitions de travail pour chaque élément de l'indicateur : 1. Les programmes nationaux établis pour élaborer des lignes directrices étayées par des données probantes pour la santé publique doivent comprendre : *a)* une structure institutionnelle nationale formelle, *b)* des priorités définies pour l'élaboration de lignes directrices ou de politiques au niveau national, *c)* des exigences et des normes (méthodes définies pour élaborer des produits étayés par des données probantes, notamment le système GRADE), *d)* le nombre de lignes directrices étayées par des données probantes disponibles publiquement dans BIGG (Base de données internationale des lignes directrices GRADE). 2. Les mécanismes nationaux officiels établis en matière de données probantes pour les politiques doivent comprendre : *a)* une structure institutionnelle formelle, *b)* des priorités définies pour l'élaboration des politiques et *c)* des exigences et des normes (méthodes d'élaboration de dossiers de données probantes). Pour atteindre cet indicateur, un pays doit satisfaire à tous les critères décrits sous 1 ou 2.

Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données sont recueillies et communiquées à la fin de chaque année, en novembre.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Science et connaissances pour l'impact (EIH/SK)
Source des donnéess	Autorités sanitaires nationales, mises à jour avec l'appui du BSP sur la base des informations fournies par les États Membres, base de données internationale OPS/OMS sur les lignes directrices GRADE (BIGG).
Limitations	La gouvernance fonctionnelle fondée sur des données probantes en santé présuppose un système adaptatif complexe qui pourrait ne pas être mesuré par les deux éléments de l'indicateur (p. ex. si les priorités ou les normes ne sont pas respectées).
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Strengthening national evidence-informed guideline programs: a tool for adapting and implementing guidelines in the Americas. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49145/9789275120163_eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y 2. Organisation mondiale de la Santé. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. 2014. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714 3. Organisation mondiale de la Santé. EVIPNet in action: 10 years, 10 stories. WHO/HIS/IER/REK/16.02. Genève : OMS ; 2016.
Liens	• Cible 6.3 du PASDA2030 • Résultat intermédiaire 4.4 du Plan stratégique 2014-2019 • Résultat immédiat 4.4.6 du Budget programme 2018-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 21**: Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 21.b**: Nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national. **Niveau de référence 2019 :** 6 **Cible 2025 :** 51
But de l'indicateur	L'analyse de la santé est liée stratégiquement au processus décisionnel dans la gestion des politiques, des programmes et des interventions de santé, ainsi que dans d'autres secteurs qui ont un impact sur la santé. Cet indicateur vise à stimuler le renforcement des capacités en matière d'analyse de la santé, d'analyse et d'interprétation des données, d'application des connaissances, de production de données probantes ayant une incidence et de communication. La capacité de produire et d'utiliser des données nationales fiables est fondée sur un système et un cadre d'évaluation nationaux capables de produire des analyses complètes et robustes pour évaluer les priorités nationales en matière de santé, leurs déterminants et l'impact des programmes de santé. Les pays peuvent utiliser des données ventilées aux niveaux national et infranational pour suivre et évaluer leurs besoins et élaborer des stratégies et des méthodes appropriées pour y répondre. Ce processus comprend également un système de diffusion et de rétroaction de routine pour déterminer les progrès et les lacunes des programmes. Les connaissances générées par ces analyses aident les décideurs à choisir et à prioriser les meilleures interventions possibles et à évaluer leur impact, ce qui a une incidence positive sur les résultats de santé.
Note technique	L'indicateur est calculé en comptant le nombre d'États Membres qui produisent et diffusent régulièrement des analyses sanitaires complètes. Pour atteindre cet indicateur, un pays doit produire des rapports qui répondent à l'un ou l'autre des deux critères suivants : 1. Au moins deux rapports au cours de la période 2020-2025 qui couvrent tous les aspects clés de la situation sanitaire du pays (démographiques, épidémiologiques, socio-économiques, etc.). Les États Membres peuvent produire des rapports qui satisfont à ce critère dans le cadre d'un processus régulier d'élaboration de leurs plans stratégiques nationaux de santé et des cadres de suivi et d'évaluation correspondants, ou ils peuvent produire des rapports spécifiques pour appuyer la prise de décisions concernant les programmes de santé. 2. Au moins six rapports au cours de la période 2020-2025, chacun portant sur une priorité spécifique en matière de santé (p. ex. Zika, grippe, VIH/sida) conformément au plan stratégique national ou à la stratégie de coopération du pays, ou portant sur une menace émergente pour la santé publique. Ces rapports devront traiter des déterminants pertinents, des besoins de santé, de la charge de morbidité actuelle et prévue, de la performance du système de santé et de la capacité du pays à répondre efficacement à ses besoins de santé. On s'attend à ce que les pays effectuent les analyses à l'aide de données ventilées par niveau géopolitique et par strates démographiques qui incluent, sans toutefois s'y limiter, le sexe, l'âge et l'origine ethnique. Il est reconnu que les États Membres ne produisent pas nécessairement toutes les informations ou ressources nécessaires pour réaliser des analyses approfondies et détaillées de la situation

	sanitaire. On s'attend à ce que les pays continuent d'accroître leur capacité à remplir cet engagement dans les années à venir.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données sont recueillies et communiquées chaque année, à la fin de l'année.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Analyse de la santé et équité (EIH/HA)
Source des données	Publications et rapports officiels des pays sur la situation nationale ou infranationale des priorités sanitaires spécifiques.
Limitations	Le caractère limité des compétences techniques et la forte instabilité des ressources humaines figurent parmi les principaux obstacles à la production systématique de rapports d'analyse de la santé.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Portail Web EIH/HA
Liens	• Cet indicateur contribue à la disponibilité de données pour la mesure des indicateurs de santé et liés à la santé dans le cadre de l'ODD 3. Il contribue également à l'indicateur 17.18.1 (« Proportion d'indicateurs du développement durable établis à l'échelle nationale, ventilés de manière exhaustive en fonction de la cible conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle »). • Cibles 6.2 and 6.3 du PASDA2030 • *Plan d'action de l'OPS pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022* (CSP29/9) • Résolution CD7.R23 du BSP, appelant à la présentation d'un rapport sur la santé tous les quatre ans à la Conférence sanitaire panaméricaine (précurseur de la Santé dans les Amériques), octobre 1953. • Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays (CD40/19) • Résultat intermédiaire 4.4 du Plan stratégique 2014-2019 • Résultat immédiat 4.4.1 du Budget programme 2018-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 21**: Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 21.c**: Nombre de pays et territoires disposant de mécanismes établis en matière de gestion des connaissances, de multilinguisme, d'accès ouvert et de publication
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui ont établi des politiques, des plans, des normes, des lignes directrices, des méthodologies ou des outils qui tiennent compte des éléments suivants : • production d'informations scientifiques et techniques conformes aux normes internationales, sur la base d'approches de libre accès et de logiciels gratuits • visibilité et disponibilité d'informations scientifiques et techniques multilingues sur la santé à l'appui du multilinguisme aux niveaux régional et mondial • plateformes interopérables pour faciliter l'accès, la diffusion et la circulation de la littérature et des connaissances scientifiques et techniques dans le domaine de la santé • collaboration horizontale, partenariats et réseaux stratégiques qui facilitent le partage des connaissances et une collaboration efficace, en particulier entre les pays et territoires, dans l'esprit du panaméricanisme • renforcement des capacités et apprentissage organisationnel fondés sur les communautés de pratique, les enseignements tirés et les pratiques exemplaires • préservation de la littérature scientifique et technique en tant qu'élément du patrimoine culturel de la santé publique dans les Amériques **Niveau de référence 2019 :** 10 **Cible 2025 :** 22
But de l'indicateur	La *Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication*, 2013-2018 affirme que la Région des Amériques a réalisé des progrès importants dans le domaine des connaissances et des communications. La stratégie et plan d'action identifie la Région comme étant pionnière dans « la mise en œuvre de nouveaux paradigmes liés à la production, à la circulation, à la préservation et à la diffusion des informations en santé publique ». Le rapport encourage le BSP et les États Membres de l'OPS à continuer d'investir dans ces objectifs au-delà de la période couverte par la stratégie. Cet indicateur mesure les efforts en ce sens et appuie également la réalisation des objectifs 6 et 7 du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Il vise à réduire les écarts persistants dans l'accès aux informations scientifiques et techniques dus aux barrières linguistiques et aux coûts en résultant, et à renforcer la capacité de publier une littérature répondant aux normes internationales et à accroître la visibilité des publications scientifiques et techniques dans la Région.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir mis en place au moins deux des éléments suivants : 1. des programmes, politiques, méthodologies ou outils sur la gestion ou le partage des connaissances (y compris l'apprentissage organisationnel, les pratiques exemplaires, les enseignements tirés et les communautés de pratique) 2. des cadres favorisant la disponibilité d'informations et de publications techniques et scientifiques multilingues, y compris des revues scientifiques dans le domaine de la santé publique et les domaines connexes, qui contribueront à l'échange d'informations multilingues entre les pays et territoires aux niveaux régional et mondial

	3. des plateformes de diffusion, de préservation et d'accès à la production locale de documentation scientifique et technique en santé (y compris la Bibliothèque virtuelle de la santé, le programme Research4Life, les recueils institutionnels et des initiatives similaires) 4. des réseaux intersectoriels actifs (entre gouvernements, organisations internationales, établissements universitaires, société civile, etc.) qui participent aux processus d'élaboration des politiques, à l'élaboration de normes et à la diffusion des meilleures pratiques en matière de coopération technique et d'innovation en santé 5. des feuilles de route vers l'accès ouvert et les plates-formes en accès gratuit, en particulier pour la littérature financée par des fonds publics Le BSP procédera à des évaluations avec l'appui des représentants de l'OPS/OMS et des points focaux dans les pays et territoires. Les informations seront mises à jour dans les profils de pays sur la gestion des connaissances et l'accès à l'information et seront disponibles sur le site Internet de l'OPS.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires.
Fréquence de mesure	Les données sont recueillies à la fin de l'année.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé/Science et connaissances pour l'impact (EIH/SK)
Source des données	Des évaluations annuelles seront réalisées avec les autorités nationales des pays et territoires (autorités sanitaires nationales, instituts de santé, établissements universitaires, éditeurs scientifiques et agrégateurs) et mises à jour avec le soutien du BSP. Les informations à recueillir devront comprendre, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants : • les institutions des pays/territoires admissibles inscrits et actifs dans le programme Research4Life-HINARI • les bibliothèques virtuelles de la santé nationales, thématiques et institutionnelles dans les pays et territoires • la littérature scientifique et technique indexée dans LILACS et d'autres bases de données et ressources similaires • les revues scientifiques dans le domaine de la santé et des domaines connexes qui fournissent des informations multilingues (p. ex. des articles en texte intégral ou des résumés disponibles dans plusieurs langues) et qui appliquent des politiques d'accès libre ou de sources ouvertes • les recueils numériques d'universités et/ou d'institutions de santé publique • disponibilité de listes de distribution, de communautés de pratique et de recueils de données sur les enseignements tirés
Limitations	Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans l'établissement de feuilles de route (politiques, plans, normes, lignes directrices, méthodologies ou outils) sur la gestion des connaissances, le multilinguisme, le libre accès et la publication. Toutefois, il ne rend pas nécessairement compte de la mise en œuvre au niveau des pays. La faiblesse de la mise en œuvre peut refléter des contraintes en termes de capacités locales, le manque de ressources ou la décision de ne pas prioriser ce domaine.

Références	1. São Paulo Declaration for the Democratization of Scientific Knowledge to Achieve the Goals of Sustainable Development [Intranet]. 10th Regional Congress on Health Information (CRICS10); du 4 au 6 décembre 2018 ; São Paulo (SP). BIREME, 2018. Disponible sur : https://www.crics10.org/en/sao-paulo-declaration-for-the-democratization-of-scientific-knowledge-to-achieve-the-goals-of-sustainable-development/. 2. Organisation mondiale de la Santé. Multilinguisme : Rapport du Directeur général [Internet]. 144e session du Conseil exécutif de l'OMS ; 23 novembre 2018 ; Genève. Genève: OMS ; 2018 (document EB144/38). Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_38-fr.pdf. 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final [Internet]. 56e Conseil directeur de l'OPS, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2018 (document CD56/INF/18). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-french-9967&alias=45965-cd56-inf-18-f-spda-connaissances-965&Itemid=270&lang=fr. 4. Organisation mondiale de la Santé. Multilinguisme : respect de l'égalité entre les langues officielles. 71e Assemblée mondiale de la santé ; du 21 au 26 mai 2018, Genève. Genève : OMS ; 2018 (document WHA71.15). Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R15-fr.pdf. 5. Organisation des Nations Unies. Knowledge management in the United Nations system [Internet]. Assemblée générale, Soixante-douzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 12 au 25 septembre 2017 ; New York (NY). New York (NY) : ONU ; 2017 (document A/72/325). Disponible sur : https://digitallibrary.un.org/record/1301102/files/A_72_325-EN.pdf. 6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication [Internet]. 28e Conférence sanitaire panaméricaine, 64e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2012 (document CSP 28/12, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-12-f.pdf. 7. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région. [Internet]. 29e Conférence sanitaire panaméricaine, 69e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017. Washington (DC). Washington (CD) : OPS ; 2017 (document CSP29/6, Rev. 1). Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42118&Itemid=270&lang=fr
Liens	• La plus grande disponibilité des connaissances contribue à tous les indicateurs de santé et liés à la santé, en particulier pour les ODD 3, 16 et 17. • Objectifs 6 et 7 du PASDA2030, en particulier la cible 7.2 (« Développer les capacités institutionnelles, l'infrastructure, la technologie et les ressources humaines qualifiées en faveur de la recherche en santé publique et de sa dissémination, conformément à la politique sanitaire nationale ») • *La Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication* 2013-2018 • OMS, Multilinguisme : Rapport du Directeur général [Internet]. 144e session du Conseil exécutif de l'OMS, 2018

Résultat Intermédiaire 22. Recherche, éthique et innovation pour la santé

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 22**: Renforcement de la recherche et de l'innovation pour produire des solutions et des données probantes afin d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en matière de santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 22.a**: Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre une politique, stratégie ou programme financé de recherche et d'innovation en matière de santé
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre une politique, une stratégie ou un programme financé de recherche et d'innovation en matière de santé afin d'améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé. **Niveau de référence 2019 :** 10 **Cible 2025 :** 21
But de l'indicateur	Cet indicateur évalue le nombre de pays et de territoires qui déclarent avoir, d'une manière durable, alloué des fonds à leur programme national de recherche et d'innovation pour la santé.
Note technique	L'indicateur compte le nombre total de pays et territoires disposant de mécanismes de financement pour les priorités nationales en matière de recherche et de développement dans le domaine de la santé. Pour atteindre l'indicateur, un pays doit avoir rempli les deux critères suivants : 1. Publication officielle des priorités nationales de recherche en santé définies et valides (Health Research Web et *Politique sur la recherche pour la santé* (CD49/10). Ces priorités ou programmes de recherche nationaux définis doivent être à jour, accessibles publiquement au niveau national, et disposer de mécanismes de financement durables pour la recherche et le développement (R&D). 2. Financement défini (p. ex., fonds sectoriels) alloué au programme national de recherche et d'innovation pour la santé (*Politique sur la recherche pour la santé* de l'OPS et Observatoire mondial de l'OMS sur la R&D en santé).
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données sont recueillies à la fin de l'année et dans le cadre d'enquêtes annuelles.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Science et connaissances pour l'impact (EIH/SK)
Source des données	Enquêtes menées périodiquement par le BSP auprès des parties prenantes concernées, Observatoire mondial de l'OMS sur la R&D dans le domaine de la santé, autorités nationales pour la santé et la science/technologie, instituts nationaux de la santé, plateforme internet du Conseil de la recherche en santé pour le développement (COHRED), avec mises à jour du BSP et des États Membres, Organisation des États Américains (OEA), réseau RIMAIS.
Limitations	• Le financement de la recherche peut avoir été retiré ou réalloué. • Les programmes de recherche en santé financés peuvent ne pas être entièrement mis en œuvre, tenus à jour, actualisés à mesure qu'ils évoluent ou élaborés de façon inclusive. • Il se peut que l'élaboration des programmes n'ait pas tenu compte de toutes les parties prenantes et de toutes les disciplines pertinentes nécessaires pour traiter des priorités en matière de santé publique et les pathologies négligées. • L'évaluation peut ne pas tenir compte de la solidité des capacités et des résultats de la recherche.

	• Les programmes de recherche peuvent évoluer et expirer pour des raisons valables (p. ex. les priorités nationales ont changé, de nouveaux défis sont apparus, le profil épidémiologique ou d'autres circonstances ont changé, de nouvelles solutions et technologies sont devenues disponibles, des enjeux ont perdu leur pertinence, des questions de recherche ont trouvé des réponses). • La mise en œuvre peut être entravée par des capacités insuffisantes, le manque d'investissements dans des tableaux de bord intégrant des informations en temps réel sur les investissements, les résultats et les capacités nationaux, l'utilisation limitée de l'apprentissage machine ou l'automatisation et les algorithmes de recherche qui perpétuent des processus lourds, des problèmes de qualité des données et des variations des critères et normes. • La gouvernance de la recherche peut être fragmentée, de sorte que les priorités et le financement sont établis sans coordination suffisante entre les institutions (p. ex. science et technologie, santé, recherche en santé publique). • La reddition de comptes et l'établissement de rapports peuvent être faibles, et il peut y avoir un manque d'adhésion aux bonnes pratiques ou aux procédures qui augmentent la valeur de la recherche et réduisent le gaspillage de la recherche.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique sur la recherche pour la santé. 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009. Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2009 (document CD49/10). Disponible sur : http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-f.pdf 2. Organisation mondiale de la Santé. Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé - Projet de stratégie OMS de recherche pour la santé : rapport du Secrétariat. 63e Assemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 21 mai 2010. Genève. Genève : OMS, 2010 (document WHA63/22 et résolution WHA63.21) Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_DIV3-fr.pdf 3. Organisation panaméricaine de la Santé. 46th session of the Advisory Committee on Health Research. Washington (DC), du 28 au 30 novembre 2016. Washington (DC) : OPS ; 2017. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34305 4. Bernake BS. Promoting research and development: the government's role. Issues in Science and Technology 2011;27(4). Disponible sur: https://issues.org/bernanke/ 5. Salicrup LA, Cuervo LG, Cano Jiménez R, Salgado de Snyder N, Becerra-Posada F. Advancing health research through research governance. BMJ 2018;362:k2484. Disponible sur: https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484 6. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002-2012. Rev Panam Salud Pública 2013 Jul;34(1):1-13. 7. Organisation mondiale de la Santé. Global Observatory on Health R&D. Disponible sur: https://www.who.int/research-observatory/indicators/en/
Liens	• Cet indicateur contribue à la disponibilité de la recherche qui permet de mesurer les indicateurs de la santé et liés à la santé dans le cadre de l'ODD 3. Ce thème contribue également à l'indicateur 9.5.1 des ODD (« Dépenses de recherche-développement en proportion du PIB ») en termes d'investissement en R&D pour la santé. • L'indicateur appuie également la mesure de l'indicateur des dépenses intérieures brutes en santé et en sciences médicales (DIBRD santé) en proportion des dépenses intérieures brutes en R&D, qui sont suivies par l'OMS. • Cible 7.1 du PASDA2030 • Résultat intermédiaire 4.4 du Plan stratégique 2014-2019

	• Résultat immédiat 4.4.1 du Budget programme 2018-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 22**: Renforcement de la recherche et de l'innovation pour produire des solutions et des données probantes afin d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en matière de santé
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 22.b**: Nombre de pays et de territoires qui ont des normes éthiques pour mener des recherches sur des sujets humains
Définition de l'indicateur	Comme défini dans International Compilation of Human Research Standards, les normes de recherche avec des sujets humains comprennent des lois, des règlements et des lignes directrices nationales visant à assurer que tous les participants à la recherche sont protégés comme il se doit. Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui ont adopté de telles normes. **Niveau de référence 2019 :** 13 **Cible 2025 :** 21
But de l'indicateur	La recherche est essentielle pour améliorer la santé et le bien-être des populations, mais elle doit être menée de façon éthique. Les normes éthiques pour la conduite de la recherche avec des sujets humains sont une composante essentielle d'un système d'éthique de la recherche. Elles devraient s'aligner sur les Lignes directrices internationales, ce qui implique d'exiger une évaluation éthique par un comité indépendant.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit avoir mis en place des lois, des règlements ou des lignes directrices nationales visant à garantir que la recherche avec des sujets humains est éthique. De simples références à la recherche avec des sujets humains dans la loi générale sur la santé d'un pays ou dans sa constitution ne seront pas considérées comme suffisantes. Les normes éthiques doivent régir toute la recherche en santé avec des sujets humains, ce qui signifie que les normes axées uniquement sur un sous-ensemble de la recherche avec des sujets humains (p. ex. les essais cliniques) ne seront pas considérées comme suffisantes aux fins de l'indicateur. On calculera le nombre total de pays et territoires qui répondent aux critères de l'indicateur.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données sont recueillies à la fin de l'année.
Unité du BSP	Données probantes et renseignements pour l'action en santé / Science et connaissances pour l'impact (EIH/SK)
Source des données	• International Compilation of Human Research Standards, publiées chaque année par l'Office for Human Research Protections du Department of Health and Human Services des États-Unis et mis à jour avec le soutien du BSP, à partir des informations fournies par les États Membres. • Autorités sanitaires nationales, mise à jour avec le soutien du BSP.
Limitations	L'existence de normes éthiques pour la recherche avec des sujets humains n'implique pas nécessairement que cette recherche soit toujours menée de façon éthique. Pour ce faire, d'autres éléments d'un système d'éthique de la recherche sont nécessaires : un organisme national chargé de superviser les comités d'évaluation éthique, des politiques qui appuient la formation des investigateurs et des comités en éthique de la recherche, l'enregistrement prospectif des essais cliniques et des politiques sur la conduite responsable de la recherche.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé. 28e Conférence sanitaire panaméricaine, 64e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 20 septembre 2012 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2012 (document CSP28/14, Rev. 1). Disponible sur :

	https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CSP28-14-f.pdf et résolution CSP28.R18. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R18-f.pdf 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final. 56e Conseil directeur, 70e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2018 (document CD56/INF/21). Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49706/CD56-INF-21-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua= 3. Conseil de l'Organisation internationale des sciences médicales (CIOMS). International ethical guidelines for health-related research involving humans. 4th ed. Genève: 2016. Disponible sur : https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-ethicalguidelines.pdf 4. Office of Human Research Protections, U.S Department of Health and Human Services. International Compilation of Human Research Standards. 2019 Edition. Washington (DC): 2019
Liens	• Objectif 7, cible 7.2 du PASDA2030 • *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé* (résolution CSP28.R18 et document conceptuel connexe CSP28/14, Rev. 1) • *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final* (document CD56/INF/21) • Résultat intermédiaire 4.4, indicateur de résultat intermédiaire 4.4.2 du Plan stratégique 2014-2019 • Résultat immédiat 4.4.4 du Budget programme 2018-2019

Résultat Intermédiaire 23. Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 23:** Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 23.a:** Nombre de pays et territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui déclarent à l'OPS qu'ils ont mis en place un programme pour les catastrophes sanitaires doté d'un personnel à plein temps et d'un budget spécifique pour mettre en œuvre des plans de préparation et de riposte en cas de catastrophe. Les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence devront être fondés sur une évaluation des dangers et de la vulnérabilité, tenir compte de la dimension de genre et prendre en compte les groupes et les communautés en situation de vulnérabilité. **Niveau de référence 2019 :** 43 **Cible 2025 :** 45
But de l'indicateur	L'indicateur montre les progrès des pays de la Région sur la voie de l'autosuffisance et de la préparation et de la riposte en cas de catastrophe, tous dangers confondus, dirigées par les pays.
Note technique	L'indicateur est calculé à partir des données recueillies à l'aide d'un outil d'évaluation de la capacité de préparation et de riposte en cas de catastrophe pour tous les dangers, avalisé par l'OPS. Parmi les outils déjà disponibles ou en préparation, on peut citer l'indice de préparation aux urgences sanitaires et aux catastrophes, l'enquête de suivi concernant le *Plan d'action sur la réduction des risques de catastrophe* et l'outil d'auto-évaluation du secteur de la santé pour la réduction des risques de catastrophe (DRR). Ils visent à déterminer l'état d'avancement des principaux jalons pour la gestion des situations d'urgence et des risques de catastrophe dans le secteur de la santé. Les réunions des coordinateurs des catastrophes sanitaires, qui se tiennent tous les deux ans, peuvent également fournir des informations précieuses pour cet indicateur. L'enquête de suivi concernant le *Plan d'action sur la réduction des risques de catastrophe* est mise en œuvre tous les deux ans, l'indice de préparation aux urgences sanitaires et aux catastrophes au moins tous les deux ans et l'outil d'auto-évaluation du secteur de la santé pour la réduction des risques de catastrophe tous les trois à cinq ans. Un cadre de réponse multi-dangers pour le secteur de la santé et un modèle opérationnel de réponse aux urgences sanitaires (plan multi-dangers) sont également disponibles pour les pays.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans, avant la fin de l'année
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Unité de préparation des pays et RSI (PHE/CPI)
Source des données	Rapport d'enquête des pays et territoires, outils d'auto-évaluation, réunion des coordinateurs pour les catastrophes sanitaires.
Limitations	• Bien que l'outil d'auto-évaluation du secteur de la santé pour la réduction des risques de catastrophe soit disponible, il n'existe qu'en anglais à ce stade. • Dans de nombreux pays, la lassitude des évaluations peut influer sur le processus de collecte des données, y compris sur le taux de réponse.

Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. 2006 Progress Report on Health: Disasters: Preparedness and Response. Washington (DC) : OPS ; 2006. Disponible sur : www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1958&Itemid 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Sector Self-Assessment Tool for DRR. Washington (DC) : OPS ; 2010. 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Emergency and Disaster Preparedness Index. Washington (DC): OPS ; 2019. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51449 4. Organisation panaméricaine de la Santé. Multi-Hazard Health Response Framework: Health Emergencies Response Operative Model (multi-hazard plan). Washington (DC) : OPS ; 2019. Disponible sur : http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51498?locale-attribute=en
Liens	• Cibles 8.2, 8.3 et 8.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 5.2.1 du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 23:** Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 23.b:** Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre d'États Parties au Règlement sanitaire international (RSI) qui déclarent à l'OMS qu'ils ont développé et maintenu les capacités de base décrites aux articles 5 et 13 et à l'annexe 1 du RSI. **Niveau de référence 2019 :** sans objet **Cible 2025 :** 35
But de l'indicateur	Les 35 États Membres de l'OPS (définis comme États Parties au RSI) sont tenus par le RSI (par la résolution WHA58.3) d'avoir ou de développer et de maintenir des capacités de base, comme décrit aux articles 5 et 13 et à l'annexe 1 du Règlement. L'objet et la portée de ce Règlement sont de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de les contrôler et d'y répondre d'une manière qui soit proportionnelle et limitée aux risques pour la santé publique et qui évite toute interférence inutile avec le transport et le commerce internationaux. Cet indicateur vise à montrer les progrès accomplis par les États Parties de la Région dans l'application et le respect du RSI.
Note technique	Cet indicateur est entièrement aligné sur la mesure mondiale de l'OMS et est calculé en utilisant les scores des capacités de base, exprimés en pourcentages, dans le Rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé. Pour atteindre cet indicateur, un État Partie doit avoir amélioré ou maintenu ses scores (lorsque le score est supérieur à 0 %) **pour au moins 12 des 15 capacités de base**. Ceci est conforme à la décision WHA71(15) et tient compte de la résolution WHA68.5 approuvant le document A68/22, Add.1 (« Les activités visant à développer, renforcer et maintenir les capacités de base dans le cadre du RSI devraient être considérées comme un processus continu pour tous les pays »). Les scores des capacités de base d'un État Partie qui ne soumet pas son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé au cours d'une année donnée seront considérés comme étant de 0 %. Les scores attribués aux capacités de base dans la demande subséquente de cet État seront évalués par comparaison le dernier rapport en date soumis. À la suite d'un processus consultatif mondial officiel qui a eu lieu en 2018, une version révisée de l'outil proposé pour soumettre le rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé a été mise en place en 2019. Elle inclut 15 capacités révisées comprenant 35 indicateurs (https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240040120). Par conséquent, il n'y a pas de « niveau de référence pour 2019 » disponible.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	États parties au RSI dans la Région des Amériques
Fréquence de mesure	Annuelle ; la date limite coïncide avec l'Assemblée mondiale de la Santé
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Unité de préparation des pays et RSI (PHE/CPI)
Source des données	Les informations contenues dans les rapports annuels des États Parties soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé sont systématiquement résumées dans le rapport d'avancement du RSI

	aux Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS (mis à jour annuellement et disponibles sur les sites Internet de l'OMS et de l'OPS : http://apps.who.int/gb/f/index.html et https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42:governing-bodies&Itemid=419&lang=fr).
Limitations	• Les différences dans les capacités intrinsèques des États Parties, les mécanismes de gouvernance, les structures organisationnelles, le niveau de sensibilisation à la portée et à l'objectif du RSI et les compétences techniques présentent des défis pour la mise en œuvre du RSI au niveau national. • De même, au niveau régional, des activités doivent être réalisées pour renforcer la collaboration intra- et intersectorielle, pour optimiser l'utilisation des ressources déjà disponibles visant l'amélioration de l'application et du respect du RSI et pour assurer la durabilité des capacités de base acquises.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005), Troisième édition. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246187/9789242580495-fre.pdf?sequence=1
Liens	• Indicateur 3.d.1 des ODD • Cibles 8.2, 8.3 et 8.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 5.2.2 du Plan stratégique 2014-2019 • Cadre d'impact du 13e PGT

Résultat Intermédiaire 24. Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 24:** Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences graves
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 24.a:** Nombre de pays et territoires ayant la capacité de répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires disposant de la capacité en place pour répondre efficacement aux épidémies et aux pandémies. Cela est défini comme le fait d'avoir des systèmes nationaux de santé publique solides en mesure de maintenir une surveillance active des maladies et des événements de santé publique, de procéder rapidement à une investigation des événements détectés, de signaler et d'évaluer les risques pour la santé publique, de partager les informations et de mettre en œuvre des mesures de contrôle de la santé publique. **Niveau de référence 2019 :** sans objet **Cible 2025 :** 35
But de l'indicateur	Cet indicateur vise à mesurer et à suivre la capacité des pays et territoires à réagir aux grandes épidémies et aux pandémies et à assurer un échange rapide d'informations sur les menaces imminentes pour la santé publique et, par conséquent, à renforcer la confiance entre toutes les parties.
Note technique	L'indicateur est entièrement aligné sur la mesure mondiale de l'OMS et est calculé en utilisant les scores pour les capacités de base, exprimés en pourcentages, dans le Rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé. Pour atteindre cet indicateur, un État Partie doit avoir amélioré ou maintenu (lorsque le score est supérieur à 0 %) ses scores **pour au moins 8 des 11 capacités de base suivantes, considérées comme essentielles pour la prévention et le contrôle des épidémies et pandémies** : législation et financement, coordination du RSI et fonctions des points focaux nationaux du RSI, zoonoses et interface homme-animal, salubrité des aliments, laboratoire, surveillance, ressources humaines, cadre national pour les urgences sanitaires, prestation des services de santé, communication des risques, et points d'entrée. Ceci est conforme à la décision WHA71(15) et tient compte de la résolution WHA68.5 approuvant le document A68/22, Add. 1 (« Les activités visant à développer, renforcer et maintenir les capacités de base dans le cadre du RSI devraient être considérées comme un processus continu pour tous les pays »). Les scores des capacités de base d'un État Partie qui ne soumet pas son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé au cours d'une année donnée seront considérés comme étant de 0 %. Les scores attribués aux capacités de base dans la demande subséquente de cet État seront évalués par comparaison au dernier rapport en date qu'il a soumis. À la suite d'un processus consultatif mondial officiel qui a eu lieu en 2018, une version révisée de l'outil proposé pour soumettre le rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé a été mise en place en 2019. Elle inclut 13 capacités révisées comprenant 24 indicateurs (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273002/WHO-WHE-CPI-2018.16-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Par conséquent, il n'y a pas de « niveau de référence pour 2019 » disponible.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires

Fréquence de mesure	Annuelle ; la date limite coïncide avec l'Assemblée mondiale de la Santé
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Unité de gestion des risques infectieux (PHE/IHM)
Source des données	Les États Parties rendent compte à l'Assemblée mondiale de la Santé de l'état d'avancement de leur mise en œuvre du RSI, résumé dans le rapport d'avancement du RSI aux Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS (mis à jour annuellement).
Limitations	• La nature diverse de chaque épidémie et pandémie présente de nouveaux défis pour les pays et les territoires, d'où la nécessité permanente de renforcer les systèmes de surveillance sensibles et de former les ressources humaines aux menaces éloignées/émergentes pour la santé publique. • Les caractéristiques intrinsèques de chaque district ou territoire et le financement pour atteindre et maintenir la capacité installée pourraient également constituer des limitations pour atteindre cet indicateur.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005), Deuxième édition. Genève : OMS ; 2008. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43982/9789242580419_fre.pdf?sequence=1
Liens	• Cibles 8.2, 8.3 et 8.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 5.1.1 du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 24:** Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences graves
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 24.b:** Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale ≥80% contre la fièvre jaune
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires qui atteignent et maintiennent un seuil ≥80 % pour la couverture vaccinale cumulée pour tous les groupes d'âge dans les zones d'endémie de fièvre jaune d'ici à la fin de l'année de suivi spécifique. La couverture vaccinale est calculée sur la base des données de vaccination et de recensement spécifiques aux zones endémiques. **Niveau de référence 2019 :** 0 **Cible 2025 :** 5
But de l'indicateur	Cet indicateur permettra de suivre les progrès réalisés en termes de réduction du risque de fièvre jaune en milieu urbain. Avec une couverture vaccinale ≥80 %, le risque de fièvre jaune en milieu urbain (grandes flambées avec transmission du virus de la fièvre jaune d'une personne à l'autre via les espèces vectorielles *Aedes*) dans les zones endémiques est minimisé.
Note technique	Le caractère endémique de la fièvre jaune est défini comme la confirmation de cas humains au cours des 20 dernières années en raison d'une exposition autochtone. Le risque de transmission de la fièvre jaune est défini comme le fait que la fièvre jaune ait été signalée dans le passé de pair avec la présence de vecteurs et de réservoirs animaux représentant un risque potentiel d'infection et de transmission. En 2019, huit pays des Amériques sont considérés comme endémiques pour la fièvre jaune (Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Paraguay, Pérou, Venezuela) et cinq pays et territoires sont considérés comme présentant un risque de transmission de la fièvre jaune (Guyana, Guyane française, Panama, Suriname, Trinité-et-Tobago). Pour définir le niveau de référence et la cible, seuls les pays d'endémie sont pris en compte. Calcul au niveau des pays (exprimé en pourcentage) : • **Numérateur :** nombre de personnes âgées de moins de 60 ans qui vivent dans des régions où la fièvre jaune est endémique et qui ont reçu au moins une dose de vaccin à un moment quelconque de leur vie. • **Dénominateur :** nombre de personnes âgées de moins de 60 ans qui vivent dans des régions où la fièvre jaune est endémique pendant l'année d'évaluation. Calcul au niveau régional : Nombre de pays ou territoires ayant une couverture vaccinale cumulée ≥80,0 %.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires où la fièvre jaune est endémique
Fréquence de mesure	Annuelle. Les données déclarées correspondent à la fin de l'année et sont reçues en avril de l'année suivante.
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Unité de gestion des risques infectieux (PHE/IHM) Immunisation Complète (CIM)
Source des données	Les pays et territoires calculent la couverture vaccinale sur la base des registres nationaux de vaccination et des estimations du recensement au niveau infranational. La couverture nationale cumulée des zones d'endémie est ensuite communiquée par les pays et territoires au programme

	des Urgences sanitaires de l'OPS au moyen du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification et de rapports plus détaillés au niveau infranational.
Limitations	• Le calcul de la couverture vaccinale dépend de la disponibilité, de l'exactitude et de la systématisation des registres de vaccination et des données des recensements aux niveaux national et infranational. Pour les jeunes et les adultes, les registres de vaccination remontant à plusieurs décennies peuvent ne pas être disponibles ou leur exactitude peut être limitée. Les estimations des recensements qui soit ne sont plus actuelles, soit sont peu fiables au niveau infranational, ainsi que la migration, peuvent biaiser l'estimation de la couverture vaccinale administrative. Dans certains pays, des enquêtes peuvent être nécessaires pour déterminer la couverture passée des adultes. • L'amélioration de la couverture vaccinale dépend de la disponibilité mondiale d'un stock suffisant de vaccins. Au cours de la période de suivi, on s'attend à ce que les pays et territoires des Amériques soient en concurrence pour les vaccins disponibles avec les pays africains, où de vastes campagnes de vaccination sont prévues. En outre, l'acceptation des vaccins varie selon les pays et les groupes de population et dépend de leur perception du risque. • L'endémicité de la fièvre jaune et le risque de transmission peuvent varier au cours de la période de suivi. Le niveau de référence et la cible sont fondés sur les pays d'endémie en 2019, bien que d'autres pays et territoires puissent devenir endémiques dans les années à venir.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et Gavi, l'Alliance du Vaccin, 2018. Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE) 2017-2026. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272955/9789242513660-fre.pdf 2. Organisation panaméricaine de la Santé, 2005. Control of yellow fever: field guide. Disponible sur : http://www.paho.org/immunization/toolkit/resources/paho-publication/field-guides/Control-of-Yellow-Fever.pdf 3. Organisation mondiale de la Santé. Countries with risk of yellow fever transmission and countries requiring yellow fever vaccination. 2019. Disponible sur : https://www.who.int/ith/ITH_Annex_I.pdf 4. Gavi, l'Alliance du Vaccin. Immunization's key role in achieving 14 of the 17 Sustainable Development Goals. 2018. Disponible sur : https://www.gavi.org/about/ghd/sdg/ [Sous l'ODD13 concernant la lutte contre les changements climatiques, où il est indiqué que la vaccination joue un rôle crucial dans les efforts pour renforcer la résilience des personnes et atténuer le risque de flambées de maladies liées au changement climatique, telles la fièvre jaune et le choléra, particulièrement en zone urbaine ou suite à des catastrophes.]
Liens	• Cibles 8.2, 8.3, 8.4 et 10.10 du PASDA2030 • Cadre d'impact du 13e PGT

Résultat Intermédiaire 25. Détection des urgences sanitaires et riposte

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 25:** Détection, évaluation et riposte rapides en cas d'urgence sanitaire
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 25.a:** Pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures suivant leur détection. **Niveau de référence 2019 :** 75 % **Cible 2025 :** 100 %
But de l'indicateur	L'OPS aide les États Parties au RSI à s'acquitter de leur engagement à prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, lutter contre elles et y apporter une réponse de santé publique. L'indicateur mesure la capacité organisationnelle de l'OPS pour ce qui est d'identifier et d'évaluer les événements de santé publique de portée internationale potentielle et de guider la prise de décisions sur la préparation, la réponse et le rétablissement en cas de flambées épidémiques ou d'urgences.
Note technique	Cet indicateur est calculé à l'aide des événements enregistrés dans le système de gestion des événements de l'OMS, qui est utilisé pour identifier, documenter et gérer les événements aigus de santé publique susceptibles de constituer une urgence potentielle de santé publique de portée internationale. Chaque événement est désigné dans l'une des catégories suivantes : • corroboré, lorsque la présence d'un risque est confirmée ou lorsque le nombre de cas humains dépasse les seuils normaux. • écarté, lorsqu'il n'y a pas de danger international et qu'aucun risque international n'est attendu (ces événements sont clos en conséquence). • pas de flambée épidémique, lorsque le nombre de cas humains ou de danger signalés se situe dans les limites normales. • non vérifiable, lorsqu'aucune information n'est fournie par le point focal national (PFN) du RSI ou par l'autorité nationale responsable pour corroborer son occurrence, malgré tous les efforts déployés pour obtenir ces informations. Cet indicateur est calculé en comptant le nombre d'événements évalués dans les 72 heures désignés comme corroborés, divisé par le nombre total d'événements corroborés. **Numérateur :** nombre total d'événements évalués dans les 72 heures suivant la désignation. **Dénominateur :** nombre total d'événements corroborés.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle. L'estimation sera mise à jour annuellement, sur la base des données recueillies de janvier à décembre dans le système de gestion des événements, et sera disponible avant le mois de juin de l'année suivante.
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Unité d'information sur les urgences sanitaires et évaluation des risques (PHE/HIM)

Source des données	Le système de gestion des événements (SGE), un système de l'OMS protégé par mot de passe et utilisé par l'OPS/OMS pour gérer et partager les informations sur les risques pour la santé publique d'une manière collaborative entre les trois niveaux de l'Organisation.
Limitations	Toutes les variables de base pour la mesure appropriée d'un événement ne sont pas enregistrées.
Références	1. Organisation mondiale de la Santé. WHO event management for international public health security. Operational Procedures – document de travail. Disponible sur : http://www.who.int/csr/HSE_EPR_ARO_2008_1.pdf. 2. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005). Disponible sur : https://www.who.int/ihr/fr/. 3. Organisation mondiale de la Santé. EMS instructional guide. Disponible sur : http://ems.who.int.
Liens	• Cibles 8.2, 8.3 et 8 du PASDA2030 4 • Indicateur de résultat intermédiaire 5.3.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 25:** Détection, évaluation et riposte rapides en cas d'urgence sanitaire
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 25.b:** Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage de pays et territoires qui ont fourni des services de santé essentiels aux populations touchées par des situations d'urgence dans toutes les situations d'urgence des niveaux 2 et 3 (conformément au Cadre d'action d'urgence de l'OMS). **Niveau de référence 2019 :** 75 % **Cible 2025 :** 85 %
But de l'indicateur	L'indicateur montre la capacité des pays à fournir de façon adéquate aux populations touchées par des situations d'urgence sanitaire l'accès aux services de santé essentiels qui sauvent des vies et aux interventions de santé publique. Il mesure la portée des services de santé dans certains pays pour lesquels des données sont actuellement disponibles.
Note technique	Cet indicateur mesure le pourcentage de pays et territoires qui ont fourni des services de santé essentiels aux populations touchées par des situations d'urgence dans toutes les situations d'urgence des niveaux 2 et 3. Il s'agit d'un indicateur en pourcentage parce qu'il est impossible de prévoir le nombre de pays avec des situations d'urgence classées. Il est calculé en comptant le nombre de pays et de territoires qui fournissent des services de santé essentiels aux populations touchées par une situation d'urgence dans TOUTES les situations d'urgence de niveaux 2 et 3 (définies conformément au Cadre d'action d'urgence de l'OMS), sur la base de l'évaluation de la situation d'urgence. Il peut s'agir de consultations ambulatoires et de l'un ou l'autre des services suivants, selon le cas : • services cliniques généraux et soins de traumatologie • soins de santé pour enfants • maladies transmissibles • IST et VIH/sida • santé maternelle et néonatale • violence sexuelle • maladies non transmissibles • santé mentale • soins hospitaliers spécifiques Une situation d'urgence de niveau 2 est un événement qui se produit dans un ou plusieurs pays et qui a des conséquences modérées sur la santé publique nécessitant une intervention modérée du bureau du représentant de l'OPS/OMS dans le pays ou une réponse internationale modérée de l'OMS. Une situation d'urgence de niveau 3 est un événement qui se produit dans un ou plusieurs pays et qui a des conséquences importantes pour la santé publique nécessitant une intervention importante du bureau du représentant de l'OPS/OMS dans le pays ou une réponse internationale importante de l'OMS. **Numérateur :** nombre total de pays et territoires qui ont fourni aux populations touchées par une situation d'urgence des consultations ambulatoires et L'UN QUELCONQUE des services énumérés ci-dessus, selon le cas, dans TOUTES les situations d'urgence de niveaux 2 et 3 qui les ont touchés.

	Dénominateur : nombre total de pays et territoires touchés par une ou plusieurs situations d'urgence ou catastrophes au cours de l'année.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Département des urgences sanitaires, Centre des opérations d'urgence (PHE/EMO)
Source des données	Rapports post-catastrophe des autorités sanitaires nationales, des organismes nationaux de gestion des urgences, du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (UNOCHA) et de l'OPS/OMS.
Limitations	Il n'est pas facile d'assurer un suivi de la disponibilité des services de santé en situation d'urgence. Les incertitudes entourant l'accès, la sécurité et les contraintes de temps empêchent souvent la collecte systématique des informations.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'urgences sanitaires. 2. Organisation mondiale de la Santé. Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS). Disponible sur: https://www.who.int/hac/herams/en/
Liens	• Cibles 8.2, 8.3 et 8.4 du PASDA2030 • Indicateur de résultat intermédiaire 5.4.1 du Plan stratégique 2014-2019

Résultat Intermédiaire 26. Thématiques transversales : Équité, origine ethnique, genre et droits de l'homme

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 26**: Renforcement du leadership et de la capacité des pays à promouvoir l'équité en santé et l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans un cadre axé sur les droits de l'homme
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 26.a:** Nombre de pays et territoires disposant de réponses institutionnelles et de mécanismes de reddition de comptes qui font progresser l'équité en santé, l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, et les droits de l'homme
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires de la Région qui ont mis en place ou renforcé des réponses institutionnelles et les mécanismes de reddition de comptes qui contribuent à la réalisation de l'équité en santé et de l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans le cadre des droits de l'homme. **Niveau de référence 2019 :** sans objet **Cible 2025 :** 18 * * La cible inclura les pays qui ont participé à la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques, plus trois autres qui seront identifiés ultérieurement.
But de l'indicateur	L'indicateur vise à mesurer les progrès réalisés par les États Membres de l'OPS en matière d'équité en santé, d'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans le cadre des droits de l'homme, en évaluant le degré des réponses institutionnelles et des mécanismes en place qui promeuvent le leadership et la reddition de comptes dans ces domaines.
Note technique	Pour atteindre cet indicateur, un pays doit satisfaire à deux des trois critères suivants : 1. existence d'une architecture institutionnelle au niveau du leadership pour la prise de décisions et la reddition de comptes en matière d'équité, d'égalité des genres et entre les origines ethniques, et de droits de l'homme dans le domaine de la santé 2. observatoires et rapports nationaux sur l'équité, l'égalité des genres et entre les origines ethniques, ou les droits de l'homme dans le domaine de la santé 3. inclusion d'au moins un résultat de haut niveau ayant un effet de transformation profonde sur l'équité en santé, l'égalité des genres et entre les origines ethniques, et les droits de l'homme dans un document principal de planification stratégique au plus haut niveau pour le secteur de la santé L'« architecture institutionnelle » désigne les organismes et mécanismes dont la conception et le statut institutionnel renforcent la capacité d'un pays à entreprendre des changements en matière d'équité en santé, d'égalité des genres et entre les origines ethniques, et de droits de l'homme. Cela implique l'existence des éléments suivants : • un organe organisationnel au plus haut niveau de prise de décisions au sein de l'autorité sanitaire nationale, comme le permet la structure dans le contexte national. • un mécanisme ou organe institutionnalisé au sein de l'autorité sanitaire nationale qui assure la coordination avec les commissions compétentes, les cabinets intersectoriels et d'autres organismes externes, qui leur fait rapport et y participe, y compris, sans s'y limiter, les commissions de haut niveau sur les droits de l'homme, les institutions

	nationales des droits de l'homme, sur les femmes et l'égalité des genres, l'équité, les peuples autochtones ou autres populations en situation de vulnérabilité. • des mécanismes participatifs pour la société civile avec capacité décisionnelle en matière de politiques et reddition de comptes. • désignation, mise en œuvre et suivi de budget(s) spécifique(s) consacré(s) à l'équité, à l'égalité des genres et entre les origines ethniques ou aux droits de l'homme dans le domaine de la santé. Les « résultats de haut niveau ayant un effet de transformation profonde » sont des résultats ou des réalisations escomptées qui guident l'orientation stratégique. Ces résultats doivent figurer dans le principal document de planification stratégique au plus haut niveau de l'autorité sanitaire nationale. Les résultats ayant un effet de transformation profonde contribuent à modifier les causes profondes des inégalités et de la discrimination en matière de santé en modifiant les normes, les valeurs et les structures de pouvoir au sein du secteur de la santé et au-delà.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Les données seront recueillies après la fin de chaque période biennale et seront évaluées au cours des années prévues dans le Plan stratégique pour ajuster le niveau de référence (2022, 2024 et 2026).
Unité du BSP	Déterminants sociaux et environnementaux pour l'équité en santé / Équité, genre, droits humains et diversité culturelle (DHE/EG)
Source des données	Les informations sont fournies au moyen d'une enquête qualitative aux autorités sanitaires des États Membres, qui sera élaborée par les unités responsables. D'autres sources comprennent les rapports nationaux et d'autres rapports officiels, tels que ceux des mécanismes conventionnels et extraconventionnels de l'Organisation des Nations Unies (par exemple, les organes conventionnels, les rapporteurs spéciaux et l'examen périodique universel).
Limitations	• Il s'agit d'un indicateur combiné avec une responsabilité intersectorielle. • Le suivi et l'évaluation des quatre thèmes transversaux peuvent être limités par le manque d'informations et le manque de volonté politique. • Les trois critères seront mesurés en fonction du contexte national. • Des informations quantitatives seront également utilisées lorsqu'elles seront disponibles.
Références	1. ONU Femmes. UNSWAP 2.0 Framework and Technical Guidance.
Liens	• Cibles 3.1, 3.7, 3.8, 5.1, 5.2, 5.4, 5.6, 5.C, 10.2, 10.3 et 17.18 des ODD • Cible 11.1 du PASDA2030 • Résultat immédiat 4.2.6 du Budget programme de l'OMS 2020-2021 • *Politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes* (CD46/12 et CD46.R16) • *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (CSP29/7) • *La santé et les droits de l'homme* (CD50/12 et CD50.R8)

Résultat Intermédiaire 27. Leadership et gouvernance

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 27**: Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 27.a:** Proportion de pays et territoires où l'autorité sanitaire nationale se déclare satisfaite du rôle de chef de file joué par l'OPS/OMS pour les questions de santé mondiale et régionale
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et territoires où l'autorité sanitaire nationale se déclare satisfaite du rôle de chef de file de l'OPS/OMS pour les questions de santé mondiale et régionale, exprimé en pourcentage des pays et territoires qui répondent à l'évaluation de cet indicateur au moyen des évaluations de fin de période biennale tous les deux ans. **Niveau de référence 2019 :** pas de données **Cible 2025 :** 100 %
But de l'indicateur	Cet indicateur mesure la perception qu'ont les autorités sanitaires nationales du travail de l'OPS et de son rôle dans la participation des pays au programme d'action régional et mondial de santé publique au plus haut niveau (sur les plans politique, stratégique et technique).
Note technique	Lors de l'évaluation de fin de période biennale, il sera demandé à chaque pays/territoire de répondre pour cet indicateur. L'indicateur est calculé comme le pourcentage de réponses faisant état de leur satisfaction par rapport au nombre total de réponses. Remarque : Le pays doit évaluer l'indicateur comme réalisé s'il se déclare satisfait du rôle de chef de file de l'OPS/OMS sur les questions de santé mondiales et régionales.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans
Unité du BSP	Département de la planification, du budget et de l'évaluation (PBE)
Source des données	Les données proviennent de l'évaluation conjointe de fin de période biennale.
Limitations	L'utilisation de l'évaluation conjointe avec les États Membres pour mener une enquête de ce type n'a pas encore été testée.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Disponibles sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41758&Itemid=270&lang=fr
Liens	Indicateur de résultat intermédiaire 6.1.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 27**: Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 27.b:** Nombre de pays et territoires pour lesquels il existe un alignement entre la politique, la stratégie ou le plan de la santé au niveau national et les résultats intermédiaires définis dans le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS
Définition de l'indicateur	Cet indicateur compte le nombre de pays et de territoires dont les politiques, stratégies ou plans nationaux de santé sont conformes aux résultats intermédiaires définis dans le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS. **Niveau de référence 2019 :** 20 **Cible 2025 :** 51
But de l'indicateur	Cet indicateur vise à suivre l'alignement entre les priorités nationales en matière de santé définies par les pays dans leurs politiques, stratégies ou plans nationaux de santé et le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS afin d'évaluer le leadership et le rôle de plaidoyer du BSP.
Note technique	L'alignement sera établi en fonction des critères suivants : 1. Les pays ont des politiques, des stratégies ou des plans nationaux en matière de santé. 2. Les 26 résultats intermédiaires techniques du Plan stratégique de l'OPS sont tous reflétés dans ces politiques, stratégies ou plans. Le BSP examinera les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé afin de déterminer s'ils sont conformes au Plan stratégique de l'OPS. Une feuille de calcul Excel a été mise au point pour suivre l'alignement par rapport à chacun des 26 résultats intermédiaires techniques du Plan stratégique dans les États Membres afin d'assurer la cohérence de l'examen et l'analyse des informations disponibles.
Type d'indicateur	Absolu
Unité de mesure	Nombre de pays et territoires
Fréquence de mesure	Tous les 2 ans, dans le cadre de l'évaluation de fin de période biennale du budget programme
Unité du BSP	Bureau de la coordination avec les pays et sous-régionale (D/CSC) en collaboration avec tous les bureaux de représentants de l'OPS/OMS dans les pays.
Source des données	Politiques, stratégies ou plans nationaux en matière de santé
Limitations	Uniformité limitée du contenu et variation des cycles de vie des processus nationaux de planification.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41758&Itemid=270&lang=fr
Liens	• Indicateur de résultat intermédiaire 6.1.2 du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 27**: Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 27.c**: Proportion des risques opérationnels pour lesquels un plan d'atténuation approuvé a été mis en œuvre
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure le pourcentage des risques organisationnels qui ont été identifiés, évalués et priorisés, avec des plans d'atténuation de ces risques qui ont été mis en place. **Niveau de référence 2019 :** 50 % **Cible 2025 :** 100 %
But de l'indicateur	L'indicateur sert à identifier les mesures que l'Organisation prend pour évaluer et atténuer l'impact des risques organisationnels programmatiques et opérationnels afin d'assurer une mise en œuvre effective et efficace de la coopération technique de l'OPS. Cela contribuera à l'obtention des résultats énoncés dans les budgets programmes de l'OPS et dans le Plan stratégique 2020-2025.
Note technique	Un examen annuel des mesures sera mis en œuvre conformément aux plans d'atténuation des risques organisationnels afin d'évaluer le degré de mise en œuvre de ces mesures. Cela se fera conformément à la politique de gestion des risques institutionnels de l'OPS.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Annuelle
Unité du BSP	Bureau du Directeur de l'Administration (AM)
Source des données	Rapports de la gestion des risques organisationnels
Limitations	La gestion des risques organisationnels peut être acceptée de façon limitée par certains gestionnaires en tant qu'outil utile qui devrait être maintenu et actualisé.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique de gestion des risques organisationnels de l'OPS (interne).
Liens	Indicateur de résultat intermédiaire 6.2.1 du Plan stratégique 2014-2019

<table>
<tr><td>Code et énoncé du résultat intermédiaire</td><td>Résultat intermédiaire 27: Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP</td></tr>
<tr><td>Code et énoncé de l'indicateur</td><td>Indicateur de résultat intermédiaire 27.d: Pourcentage du budget approuvé de l'OPS (non AMRO) financé pour chaque période biennale</td></tr>
<tr><td>Définition de l'indicateur</td><td>Cet indicateur mesure la disponibilité des ressources financières pour financer le budget programme de l'OPS, non compris la portion AMRO. Il ne comprend que des fonds flexibles et des contributions volontaires qui soutiennent la mise en œuvre du budget programme.

Niveau de référence 2019 : à déterminer
Cible 2025 : 100 %</td></tr>
<tr><td>But de l'indicateur</td><td>Cet indicateur montre le degré de succès du financement du budget programme approuvé de l'OPS pour chaque période biennale. C'est une mesure clé de la manière dont l'Organisation est en mesure de mobiliser des ressources pour concrétiser les priorités des États Membres et les résultats convenus.</td></tr>
<tr><td>Note technique</td><td>L'indicateur est calculé comme étant le pourcentage du budget approuvé de l'OPS (non AMRO) pour chaque période biennale qui est financée.

Le tableau suivant explique le calcul, en utilisant le budget approuvé, ainsi que les montants financés pour le budget programme 2018-2019 comme référence.

<table>
<tr><th>Source of Financing</th><th>2018-2019 Approved</th><th>2018-19 Financed</th></tr>
<tr><th></th><th>(1)</th><th>(2)</th></tr>
<tr><td>PAHO Budget (Base Programs)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(a) PAHO Assessed Contributions and Miscellaneous Revenue</td><td>214.3</td><td>214.3</td></tr>
<tr><td>(b) Other Sources</td><td>215.2</td><td>290.1</td></tr>
<tr><td>(c) Total PAHO Budget (Excluding WHO)</td><td>429.5</td><td>504.4</td></tr>
<tr><td>AMRO Budget (Base Programs)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(d) WHO Allocation to the Americas</td><td>190.1</td><td>154.3</td></tr>
<tr><td>(e) TOTAL PAHO+WHO Budget</td><td>619.6</td><td>658.7</td></tr>
</table>

Numérateur : total des fonds disponibles de l'OPS (et non de l'AMRO) (colonne 2, ligne c)
Dénominateur : budget total approuvé de l'OPS (et non de l'AMRO) (colonne 1, ligne c)</td></tr>
<tr><td>Type d'indicateur</td><td>Relatif</td></tr>
<tr><td>Unité de mesure</td><td>Pourcentage</td></tr>
<tr><td>Fréquence de mesure</td><td>Annuelle</td></tr>
<tr><td>Unité du BSP</td><td>Département de la planification, du budget et de l'évaluation (PBE)</td></tr>
<tr><td>Source des données</td><td>Évaluations de fin de période biennale des budgets programmes, à l'aide des informations extraites du Système d'information pour la gestion du BSP.</td></tr>
<tr><td>Limitations</td><td>• Cet indicateur ne mesure pas le financement du budget pour des résultats intermédiaires spécifiques, le degré de succès dans l'obtention de contributions volontaires pour les</td></tr>
</table>

	priorités des États Membres, ni la mise en œuvre des ressources. Toutefois, ces informations feront l'objet d'un suivi et d'un rapport dans le cadre de l'analyse budgétaire pour les évaluations de fin de période biennale.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Documents du budget programme approuvé.
Liens	Indicateur de résultat intermédiaire 6.3.1 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 27**: Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 27.e**: Pourcentage des cibles des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS pour 2020-2025 atteintes
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure les progrès réalisés pour atteindre les cibles des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique 2020-2025, exprimées en pourcentage des cibles atteintes. **Niveau de référence 2019 :** à déterminer, sur la base de l'évaluation finale du Plan stratégique 2014-2019 **Cible 2025 :** 90 %
But de l'indicateur	L'indicateur mesurera les progrès accomplis dans la réalisation des cibles d'indicateurs de résultats intermédiaires approuvés de l'Organisation, tels que détaillés dans le Plan stratégique 2020-2025, et indiquera où des mesures correctives sont nécessaires au fil de la période considérée.
Note technique	Pour les évaluations de fin de période biennale des budgets programmes 2020-2021 et 2022-2023, le taux de réalisation des cibles d'indicateurs de résultats intermédiaires est calculé en divisant le nombre total de cibles d'indicateurs de résultats intermédiaires atteintes et en cours à la fin de la période biennale par le nombre total d'indicateurs de résultats intermédiaires approuvés dans le Plan stratégique de l'OPS. La plupart des indicateurs seront probablement en cours et devront être atteints d'ici la fin de la période couverte par le Plan stratégique. Pour l'évaluation de fin de période biennale du budget programme 2024-2025, qui intervient à la fin de la période, le taux est calculé en divisant le nombre total de cibles d'indicateurs de résultats intermédiaires atteints ou partiellement atteints par le nombre total d'indicateurs. L'évaluation des cibles d'indicateurs de résultats intermédiaires nécessite un suivi et des rapports conjoints des États Membres et du BSP. Le suivi et l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires seront réalisés au moyen du Système de suivi du plan stratégique de l'OPS (SPMS). Les critères suivants seront utilisés pour évaluer la performance des indicateurs de résultats intermédiaires : • atteint : la valeur cible a été atteinte à 90 %-100 % • en cours (pour les périodes biennales 2020-2021 et 2022-2023) : des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence, mais ils sont inférieurs à 90 % de la valeur cible. • partiellement atteint (pour la période biennale 2024-2025) : des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence, mais ils sont inférieurs à 90 % de la valeur cible. • aucun progrès : il n'y a pas de progrès par rapport au niveau de référence, ni de baisse en dessous du niveau de référence.
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Biennale
Unité du BSP	Département de la planification, du budget et de l'évaluation (PBE)

Source des données	Les données proviennent de l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires réalisée pour les rapports de fin de période biennale. Les indicateurs faisant l'objet d'une évaluation conjointe avec les États Membres sont communiqués par l'intermédiaire du SPMS.
Limitations	• La réalisation des indicateurs dépend des efforts conjoints du BSP et des États Membres. Pour les indicateurs faisant l'objet d'une évaluation conjointe avec les États Membres, l'expérience a montré une tendance à la sous-évaluation par les États Membres, qui peut ne pas refléter le véritable niveau de réalisation dans certains cas. • Tous les indicateurs sont évalués à partir de sources de données établies. Des lacunes dans ces sources de données peuvent rendre difficile l'établissement de rapports sur certains indicateurs.
Références	1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. 2. Organisation panaméricaine de la Santé. Évaluations des budgets programmes en fin de période biennale. 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2018-2019/Rapport final sur la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.
Liens	• Indicateur de résultat intermédiaire 6.3.2 (adapté) du Plan stratégique 2014-2019

Résultat Intermédiaire 28. Gestion et administration

Code et énoncé du résultat intermédiaire	**Résultat intermédiaire 28:** Utilisation plus transparente et efficace des fonds, grâce à une meilleure gestion des ressources financières, humaines et administratives du BSP
Code et énoncé de l'indicateur	**Indicateur de résultat intermédiaire 28.a:** Proportion du coût total des ressources humaines consacrée aux fonctions de gestion et d'administration
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion des coûts totaux des ressources humaines consacrée aux fonctions de gestion et d'administration, exprimée en pourcentage. **Niveau de référence 2019** : US$ 69M sur US$192M (36 %) **Cible 2025** : 10 % de réduction
But de l'indicateur	Cet indicateur vise à mesurer l'efficience et l'efficacité de la gestion et du soutien administratif.
Note technique	Cet indicateur calcule le pourcentage des coûts de personnel à durée déterminée liés aux fonctions de gestion et d'administration, comme suit : **Numérateur :** coût des postes à durée déterminée liés aux fonctions de gestion et d'administration (résultat intermédiaire 28 du Plan stratégique 2020-2025 et résultat immédiat 27.2 du Budget programme 2020-2021). **Dénominateur :** coût total des postes à durée déterminée
Type d'indicateur	Relatif
Unité de mesure	Pourcentage
Fréquence de mesure	Semestrielle
Unité du BSP	Bureau du Directeur de l'Administration (AM)
Source des données	Les données proviennent du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)
Limitations	Exactitude des données.
Références	sans objet
Liens	Aucun