

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE

Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011



Renferme également des indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé

ONUSIDA / JC2552F (version française, février 2014)

Version originale anglaise, UNAIDS / JC2552E, janvier 2014 :

Global AIDS response progress reporting 2014: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV and AIDS.

Traduction – ONUSIDA

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde : élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011.

« ONUSIDA / JC2552F ».

1.Infections à VIH – thérapie. 2.Infections à VIH – diagnostic. 3.Infections à VIH – épidémiologie.
4.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 5.Indicateurs d'état de santé.
6.Programme national santé. 7.Évaluation de programme. 8.Directives. I.Organisation mondiale de la Santé. II.ONUSIDA. III.UNICEF.

ISBN 978 92 4 250665 5

(Classification NLM : WC 503.6)

Copyright © 2014.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA sont disponibles auprès de son Unité de production de l'information.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif, sous réserve de la mention suivante : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction – à des fins de vente ou de diffusion non commerciale – doivent être adressées à l'Unité de production de l'information, par courriel, à : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 48 35

Courriel : distribution@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE

Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011

Renferme également des indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé

Veillez soumettre vos indicateurs via le site Internet du Rapport d'activité sur la riposte au sida (www.unaids.org/AIDSReporting) pour le 31 mars 2014 au plus tard.

Les estimations d'incidence du VIH obtenues à l'aide de la version mise à jour du logiciel Spectrum doivent également être transmises pour le 31 mars 2014 au plus tard.

Table des matières

Avant-propos	5
Acronymes	6
Introduction	7
Objet	7
Contexte	8
Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 – Objectifs et engagements d'élimination	8
Rapports déjà publiés	9
Format des rapports	9
Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	10
Suivi de la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale	10
Élaboration des rapports d'activité au niveau national	11
Élaboration des indicateurs	11
Outils d'évaluation et sources des données	11
Indicateurs sous forme de pourcentages	12
Ventilation des données selon l'âge et le sexe	12
Données récentes et représentatives issues des enquêtes	13
Interprétation et analyse	13
Sélection des indicateurs	13
Ventilation géographique des données et informations de suivi et d'évaluation	14
Rôle de la société civile	14
Contenu du rapport	15
Directives concernant la soumission des données	15
Outil de reporting	15
Rapport commun avec l'OMS et l'Unicef sur les indicateurs du secteur de la santé	16
Soumission des données	16
Processus de transmission des données : checklist	16
Synthèse des changements intervenus pour le Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde	18
Indicateurs de base du Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde	19
Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	22
1.1 Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	23
1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	25
1.3 Partenaires sexuels multiples	26
1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuel(le)s	27
1.5 Dépistage du VIH dans la population générale	29
1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes	30
1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention	32
1.8 Professionnel(le)s du sexe : utilisation du préservatif	34
1.9 Dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe	36
1.10 Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe	38

1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention	40
1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif	42
1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	44
1.14 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	46
Objectif 2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	49
2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention	50
2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif	52
2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risque	54
2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	56
2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	58
Objectif 3. D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida	60
3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	61
3.1a Prévention de la transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement	65
3.2 Diagnostic infantile précoce	67
3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	69
Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	71
4.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale	72
4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale	75
Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	78
5.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH	79
Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	81
6.1 Dépenses relatives au sida	82
Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes	85
7.1 Prévalence de la violence des partenaires intimes récents	86
Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination	89
8.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	90
Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement	93
Objectif 10. Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH	94
10.1 Assiduité des orphelins à l'école	95
10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres	97
Politiques gouvernementales de riposte au VIH et au sida	100
Annexes	102
Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national	103
Annexe 2. Grille de financement nationale – 2013	105
Annexe 3. Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)	114
Annexe 4. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national	178
Annexe 5. Sélection bibliographique	179
Annexe 6. Indicateurs sur la circoncision masculine	180
Annexe 7. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation	184

Avant-propos

En 2013, l'Assemblée générale des Nations Unies a mené une évaluation intermédiaire du degré de réalisation des objectifs et engagements ambitieux définis dans la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011.

Selon les rapports transmis en 2013, 26 pays sont parvenus à réduire de moitié le nombre des nouvelles infections par le VIH depuis 2001 et méritent donc toutes nos félicitations. La communauté internationale s'est toutefois engagée à réaliser le sixième objectif du Millénaire pour le développement : « D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle. » Ceci exige de redoubler d'efforts et d'étendre sans plus attendre l'action à de nombreux autres pays, afin d'identifier les lacunes et ainsi enrayer et inverser l'épidémie de VIH d'ici à la fin 2015.

Les présentes directives détaillent les modalités d'élaboration des rapports d'activité nationaux sur la riposte au sida pour 2014. J'encourage tous les États membres à exploiter cette opportunité et à consulter les principaux intervenants, notamment la société civile, concernant les moyens permettant de renforcer la riposte au sida à l'échelon national. Cette nouvelle série de rapports offre également l'occasion de reprogrammer les efforts avec les partenaires au développement, notamment avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, afin de se préparer à son nouveau modèle de financement. Ce n'est qu'en obtenant des résultats et des progrès plus rapides que nous pouvons créer la dynamique requise pour que le sida demeure une priorité de l'agenda du développement post-2015.

Le taux de participation des États membres de l'ONU s'est révélé exceptionnellement élevé et en 2012, 186 pays sur 193 (96 %) ont soumis un rapport à ONUSIDA. J'encourage tous les gouvernements à maintenir leurs efforts et à rapporter leurs progrès dans la réalisation des engagements définis par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 (résolution de l'Assemblée générale 65/277).

La collecte et la communication de résultats de qualité dans la riposte au sida constituent un axe important de notre agenda pour la responsabilité partagée et la solidarité mondiale. L'ONUSIDA est déterminé à vous soutenir dans cette entreprise, c'est pourquoi les présentes directives ont été élaborées. Je vous invite à soumettre vos données de suivi, vos estimations concernant le VIH et le descriptif afférent à l'année 2013 **pour le 31 mars 2014 au plus tard**. Ces informations viendront alimenter plusieurs rapports en 2014, notamment le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*.

Pour toute question ou assistance complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Je vous remercie pour la constance de votre engagement dans la riposte au sida. L'ONUSIDA est à votre disposition pour toute assistance dont vous-même ou votre gouvernement pourriez avoir besoin dans le cadre du suivi, de l'analyse et de l'identification des progrès de réalisation des objectifs définis par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement.



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA

Acronymes

Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
ANC	Service(s) natal(s)
ART	Thérapie antirétrovirale
ESC	Enquête de surveillance comportementale
DHS	Enquête démographique et de santé
DIP	Diagnostic infantile précoce
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CDI préférée)	Consommateurs de drogues injectables / personnes qui s'injectent des drogues (la seconde formule est
OIT	Organisation internationale du travail
CM	Circoncision masculine
TME	Transmission de la mère à l'enfant
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
MSM	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
M&E	Suivi et évaluation
NA	Non applicable
CNLS	Comité(s) national(aux) de riposte au sida
PNS/PNLS	Programme national de riposte au sida
NASA	Estimation nationale des dépenses relatives au sida
ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
PSN	Plan stratégique national
PAS	Programmes(s) aiguilles et seringues
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PLHIV	Personnes vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
PWID	Personnes qui s'injectent des drogues
MST	Maladie(s) sexuellement transmissible(s)
TB	Tuberculose
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé

Introduction

Objet

Ce document fournit des directives destinées aux programmes nationaux de riposte au sida et aux partenaires qui y sont activement impliqués concernant l'utilisation des indicateurs de base afin de mesurer leurs progrès et les consigner dans un rapport.

La « Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH » (résolution 65/277 de l'Assemblée générale) adoptée lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida en juin 2011, a mandaté l'ONUSIDA pour soutenir les pays dans l'établissement de rapports d'activité sur les engagements définis par ladite Déclaration.

Jusqu'en 2012, les indicateurs (précédemment appelés indicateurs UNGASS) du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM) faisaient l'objet d'un rapport réalisé tous les deux ans au niveau mondial. Depuis 2013, les données sont néanmoins collectées chaque année.

La collecte et la communication des indicateurs jouent un rôle important dans l'évaluation des progrès réalisés. Les différents pays sont fortement encouragés à intégrer ces indicateurs de base dans leurs activités régulières de suivi et d'évaluation. Ces indicateurs sont conçus pour aider les pays à évaluer l'état actuel de leur riposte au sida ainsi que les progrès dans la réalisation des objectifs nationaux eu égard au VIH. Ils contribueront à une meilleure compréhension de la riposte mondiale à l'épidémie de VIH, notamment des progrès de réalisation des objectifs mondiaux définis par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement.

Ces directives ont été conçues pour accroître la qualité et la cohérence des données recueillies au niveau national, ce qui améliore la précision des conclusions tirées de ces dernières aux niveaux national, régional et mondial.

Comment utiliser ces directives

Ces directives ont été conçues afin d'aider les pays à collecter des données et à établir des rapports d'activité sur leur riposte nationale au sida, aussi efficacement que possible. Dans la section intitulée « Indicateurs de base pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde », les lecteurs trouveront des pages consacrées à chaque indicateur, qui indiquent pourquoi l'inclure, comment collecter les données afférentes, et comment le construire et l'évaluer. Les atouts et les faiblesses de chaque indicateur sont également exposés.

Une aide est disponible pour chaque étape du processus. Les points clés et les sources d'information complémentaires, notamment les personnes à contacter et leurs coordonnées, sont signalés dans cette section introductive par une flèche orange. ➡

Contexte

L'échéance de 2015 fixée tant par la *Déclaration politique sur le VIH/sida* de 2011 que par les objectifs du Millénaire pour le développement approche à grands pas. Le moment est donc opportun pour examiner les progrès réalisés et entamer la préparation des rapports finaux couvrant les différents objectifs fixés.

La Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 s'appuie sur les deux déclarations politiques précédentes : la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de 2001 et la *Déclaration politique sur le VIH/sida* de 2006. Cette déclaration a été adoptée à l'unanimité par les États membres lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001. Cette déclaration reflétait le consensus mondial sur un cadre complet de réalisation du sixième objectif du Millénaire pour le développement : stopper et commencer à renverser l'épidémie de VIH d'ici 2015. Elle a reconnu la nécessité d'une action multisectorielle sur plusieurs fronts, et elle s'est penchée sur les ripostes mondiale, régionale et nationale visant à prévenir les nouvelles infections à VIH, à étendre l'accès aux services médicaux et à limiter l'impact de l'épidémie. La déclaration de 2006 a reconnu l'urgence d'un accès universel aux services de traitement, de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

Bien que ces déclarations aient été adoptées par les gouvernements, leur vision s'étend bien au-delà du secteur public et est pertinente pour le secteur privé, les groupes ouvriers, les organisations religieuses, les ONG et d'autres entités de la société civile, notamment les organisations représentant des personnes qui vivent avec le VIH.

Selon la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, on devrait évaluer la réussite d'une riposte au sida sur la réalisation de buts concrets assortis d'une échéance. Elle demande un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements et requiert que le Secrétaire général de l'ONU publie des rapports annuels. Ces rapports sont conçus pour identifier les difficultés et les contraintes, et recommandent d'agir pour accélérer la réalisation des objectifs.

Les présentes directives ont été développées en vue d'améliorer la production de rapports d'activité sur la riposte au sida s'appuyant sur les indicateurs de base. Ces données sont utilisées pour suivre les progrès réalisés au niveau des engagements et des objectifs de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, ainsi que des OMD liés au sida.

Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 – Objectifs et engagements d'élimination

1. Réduire de 50 % la transmission du VIH par voie sexuelle d'ici à 2015
2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015
3. D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH
5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
7. Éliminer les inégalités entre les sexes et les violences et abus sexuels et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui, à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales
9. Éliminer les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence
10. Éliminer les systèmes parallèles dans les services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts mondiaux en matière de développement et de santé

Rapports déjà publiés

L'ONUSIDA a collecté des rapports d'activité nationaux tous les deux ans depuis 2004 et chaque année depuis 2013, afin d'assurer le suivi de plusieurs déclarations politiques. Les taux de réponse sont passés de 102 (53 %) États membres en 2004 à 186 (96 %) en 2012. En 2013, première année de collecte annuelle des données, un léger recul du taux de réponse a été observé avec 171 rapports nationaux (89 %).

Graphique : **Proportion de pays ayant transmis un rapport d'activité national sur la riposte au sida en 2013**

Caraïbes (13/13)	Amérique latine (20/20)	Europe de l'Est et Asie centrale (10/12)	Afrique subsaharienne (45/46)	Asie du Sud et du Sud-Est (17/19)	Asie de l'Est (3/5)	Océanie (13/14)	Europe occidentale et centrale (30/42)	Amérique du Nord (2/2)	Moyen-Orient et Afrique du Nord (18/20)	Niveau mondial (171/193)
---------------------	-------------------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------	--------------------	---	------------------------------	---	--------------------------------

Source : Rapports nationaux 2013 dans le cadre du RARSM

(pays ayant fourni un rapport / nombre total d'États membres de l'ONU dans la région)

Les informations fournies dans les rapports nationaux représentent les données les plus complètes, tant sur le statut que sur la riposte à l'épidémie. Les données des précédents rapports sont disponibles en ligne à travers AIDInfo, sur le site aidsinfo.unaids.org. La base de données complète est disponible sur www.aidsinfoonline.org, et peut être utilisée pour créer des graphiques, des cartes et des tableaux. Les rapports nationaux originaux de 2012 sont disponibles à l'adresse www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

Les rapports complets sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) sont disponibles à l'adresse www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2012countries.

Format des rapports

Pour la préparation des rapports d'activité nationaux sur la riposte au sida, chaque pays peut élaborer la partie descriptive sur la base de rapports nationaux existants. Lorsqu'un rapport national récent est disponible, celui-ci peut être utilisé pour la partie descriptive du rapport d'activité national sur la riposte au sida. Un modèle de rapport d'activité national accompagné d'instructions détaillées pour chaque section est disponible à l'annexe 1. Les différents indicateurs sont considérés comme une partie intégrante des rapports d'activités nationales. Tant la partie descriptive d'un rapport d'activité national que les indicateurs proprement dits doivent donc être pris en compte dans les consultations et le processus de préparation du rapport, comme expliqué sous l'intitulé « Élaboration des rapports d'activité au niveau national » en page 12 des présentes directives.

- ➡ Les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde doivent être soumis via le site Internet réservé à la collecte des données (www.unaids.org/AIDSreportingtool), afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données et faciliter le traitement et l'analyse aux niveaux national, régional et mondial.
- ➡ La date limite pour la soumission des rapports via le site Internet susvisé est le 31 mars 2014.

Les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde sont importants pour deux raisons. Tout d'abord, ils peuvent aider les différents pays à évaluer l'efficacité de leur action nationale. Deuxièmement, l'analyse collective des données issues de différents pays permet à ces indicateurs de fournir des informations critiques quant à l'efficacité de l'action aux niveaux régional et mondial, et constitue la base de l'analyse régionale et mondiale des progrès obtenus dans la réalisation des objectifs 2015. Dans le même temps, ils permettent également aux différents pays de mieux comprendre d'autres actions menées à l'échelon national.

Les modifications qui interviennent pour cette nouvelle série de rapports, par comparaison à 2013, sont résumées en page 19.

L'applicabilité des indicateurs doit être examinée pour chaque épidémie nationale. Lorsqu'un pays décide de ne pas communiquer un indicateur donné, celui-ci doit en expliquer la raison afin de permettre de différencier l'absence de données et l'inapplicabilité d'indicateurs spécifiques à une épidémie nationale donnée.

La plupart des indicateurs nationaux sont applicables à tous les pays. Les indicateurs de comportement pour les principales populations à haut risque s'appliquent pour les pays où l'épidémie est limitée et concentrée de même qu'aux pays où l'épidémie est généralisée. Pareillement, les pays où l'épidémie est concentrée sont encouragés à collecter des données sur les comportements sexuels des jeunes afin de permettre un suivi de l'évolution des tendances et adapter l'action nationale en conséquence. Quelques indicateurs ne s'appliquent toutefois qu'à des épidémies spécifiques de VIH.

L'ONUSIDA recommande fortement l'utilisation de ces indicateurs dans le cadre des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. En fonction des besoins spécifiques et lorsque les ressources le permettent, des indicateurs supplémentaires pourront être ajoutés aux programmes de suivi nationaux.

Cinq indicateurs nationaux sont également des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement :

- Pourcentage de jeunes vivant avec le VIH
- Connaissances des jeunes concernant le VIH
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport à risque
- Assiduité des orphelins à l'école
- Couverture de la thérapie antirétrovirale

Les données utilisées par la division statistique de l'ONU pour l'établissement des rapports couvrant les objectifs du Millénaire pour le développement sont principalement fournies par les États membres dans le cadre de l'élaboration du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

➡ La définition complète de chaque indicateur utilisé dans le cadre de l'élaboration du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde figure dans les présentes directives. Les indicateurs sont également disponibles via le Registre d'Indicateurs de l'ONUSIDA (www.indicatorregistry.org). Cette base de données en ligne fournit les définitions complètes des indicateurs utilisés dans le cadre du Rapport sur la riposte au sida dans le monde et indique clairement les liens entre ces indicateurs et ceux utilisés par l'OMS, l'ONUSIDA, PEPFAR, le Fonds mondial et d'autres partenaires clés. Ce Registre des indicateurs contient également d'autres indicateurs afférents au VIH utilisés au niveau national. L'outil de reporting en ligne contient des liens directs vers les indicateurs figurant dans le registre. Les indicateurs peuvent également être exportés du registre vers des documents Excel, Word ou PDF.

Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé

En adoptant la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, les pays à revenu élevé se sont engagés à établir des rapports sur leurs progrès dans la riposte au VIH. Ces pays peuvent employer des systèmes d'information relativement complexes ainsi que de nombreuses sources de données, ce qui ne facilite pas la tâche lorsqu'il s'agit de calculer un indicateur national. Il n'empêche que des données afférentes à ces pays sont nécessaires pour le suivi des progrès obtenus dans la réalisation des objectifs de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. Les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen ont utilisé des méthodes innovantes afin d'établir un lien plus étroit entre les systèmes de suivi du VIH à l'échelle mondiale et les circonstances régionales.

L'ONUSIDA encourage les autres pays à revenu élevé à contacter soit le Département de l'information et de l'évaluation stratégiques de l'ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org) s'ils ont besoin de conseils techniques complémentaires pour l'élaboration des rapports couvrant leurs programmes nationaux, soit le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (Dublindeclaration@ecdc.europa.eu) pour en savoir plus sur l'approche européenne de liaison et d'harmonisation des systèmes de suivi mondiaux et régionaux.

Suivi de la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale

En 2004, durant la présidence irlandaise du Conseil de l'Union européenne, les États membres et les pays voisins d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont adopté la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) coordonne les rapports afférents à cette déclaration. L'ONUSIDA et le CEPCM collaborent étroitement afin de coordonner et d'harmoniser les systèmes de suivi mondiaux et régionaux. Ceci devrait à la fois améliorer la pertinence des rapports pour les pays de la région et réduire la charge de travail générée. La collecte des données interviendra au même moment que pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. En collaboration avec l'ONUSIDA, le CEPCM fournira une assistance technique aux pays européens dans la préparation des rapports devant alimenter le Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde et permettre le suivi 2014 de la Déclaration de Dublin. Pour de plus amples informations concernant le suivi de la Déclaration de Dublin, veuillez contacter Teymur Noori au CEPCM (teymur.noori@ecdc.europa.eu).

Élaboration des rapports d'activité au niveau national

Élaboration des indicateurs

Les présentes directives fournissent les informations nécessaires à l'élaboration de chaque indicateur, notamment :

- l'objet de l'indicateur ;
- la justification de l'indicateur ;
- le mode de calcul de l'indicateur ;
- les outils d'évaluation recommandés ;
- la fréquence de mesure ; et
- les forces et faiblesses de l'indicateur (avec notamment une interprétation succincte de l'indicateur).

Outils d'évaluation et sources des données

Les principaux outils d'évaluation varient selon chaque indicateur et incluent :

- les enquêtes menées au niveau national auprès d'un échantillon de population représentatif ;
- les enquêtes de surveillance comportementale ;
- les études et questionnaires conçus spécialement, portant notamment sur des groupes spécifiques de population (par exemple, enquêtes sur la couverture de certains services) ;
- les systèmes de suivi des patients ;
- les systèmes d'information médicaux ;
- la surveillance sentinelle ;
- les estimations nationales sur le VIH issues du logiciel Spectrum ; et
- le questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI).

Les sources de données existantes, y compris les dossiers et les comptes rendus des programmes provenant des établissements de santé et des écoles ainsi que les informations provenant des programmes et des activités de surveillance du VIH, devraient être utilisées pour compléter les principaux outils d'évaluation.

Une autre source d'informations utilisée pour l'élaboration du rapport GARPR (RARSM) est le **logiciel Spectrum**, qui permet d'obtenir des estimations nationales, notamment le nombre de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale, le nombre de femmes nécessitant des médicaments antirétroviraux et le nombre des enfants exposés au VIH nécessitant un examen virologique.

En 2014, l'introduction des données Spectrum et la soumission des données destinées au RARSM interviendront simultanément afin de garantir des résultats harmonisés. **Les fichiers Spectrum initiaux doivent être transmis à l'ONUSIDA pour examen pour le 28 février, de manière à pouvoir les finaliser avant la date butoir du 31 mars 2014 fixée pour la soumission des données du RARSM et de Spectrum. Des instructions de mise à jour et de soumission des fichiers Spectrum seront envoyées aux équipes chargées des estimations nationales sur le VIH en janvier 2014.**

Les fichiers Spectrum sont créés par une équipe d'experts nationaux qui ont été formés à l'utilisation du logiciel et à son alimentation en données. Il est essentiel que l'équipe chargée d'introduire les données du GARPR (RARSM) utilise les estimations les plus récentes développées par l'équipe chargée des estimations nationales sur le VIH.

Les organisations de la société civile constituent des sources d'informations précieuses pour de nombreux indicateurs, en particulier ceux qui couvrent des actions où interviennent des ONG, des organisations religieuses et des organisations représentant les collectivités locales. C'est par exemple le cas pour le travail avec les jeunes, avec les principales populations à risque et avec les femmes enceintes.

Dans de nombreux pays, une part importante des données requises pour l'élaboration des indicateurs de base nationaux peut ne pas être disponible auprès des sources existantes. La collecte de ces données exige alors l'adaptation des outils de suivi existants ou la création d'enquêtes spécifiques. Les pays qui conduisent régulièrement des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population, par exemple, les enquêtes démographiques et de santé ou les enquêtes sur les indicateurs du sida, recueillent des informations importantes, notamment concernant le comportement des jeunes. Dans les pays où d'autres enquêtes sont menées auprès de la population, notamment celles qui visent d'autres domaines que le VIH, il est possible de procéder à des adaptations afin de collecter des données pour certains indicateurs de base.

Indicateurs sous forme de pourcentages

Pour chaque indicateur de base, des instructions détaillées sont fournies pour évaluer la riposte nationale. Les indicateurs de base nationaux prennent pour la plupart la forme d'un pourcentage. Il est vivement recommandé d'accorder une attention toute particulière aux périodes couvertes par les données entrant dans le calcul d'un indicateur. Il va de soi qu'un indicateur dont le numérateur et le dénominateur ne portent pas sur une même période sera d'une validité et d'une exactitude relativement limitées.

Les méthodes décrites ont été conçues pour faciliter l'élaboration des estimations mondiales à partir des données nationales. Bien que ces méthodes puissent s'appliquer à l'échelon infranational, des approches plus simples, plus rapides et plus flexibles spécifiquement adaptées aux conditions locales peuvent se révéler plus judicieuses pour la prise des décisions à cet échelon.

Plusieurs indicateurs afférents à la couverture des services ont pour dénominateur la population totale. Il ne s'agit donc pas de simplement dénombrer la population qui se rend dans les centres médicaux. Le calcul de ces indicateurs de couverture exige donc d'estimer la population totale susceptible d'avoir recours aux services considérés. Par exemple, pour estimer dans quelle mesure un pays se rapproche d'une couverture à 100 % pour la TME, il est nécessaire d'estimer le nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA recommande l'utilisation du logiciel Spectrum pour le calcul de ce type de dénominateur dans le cadre de l'élaboration du rapport RARSM.

Ventilation des données selon l'âge et le sexe

Une des grandes leçons tirées des précédentes séries de rapports est l'importance de la ventilation des données, par exemple, selon l'âge et le sexe. Il est vital de collecter des données suffisamment détaillées et de ne pas se contenter d'agrégats trop larges. À défaut de données ventilées, il est difficile de suivre la portée et l'efficacité de la riposte à l'épidémie de sida aux niveaux national et mondial, de même que l'accès aux actions menées, l'égalité des différentes personnes visées face à cet accès, la prise en charge adéquate de populations spécifiques et l'évolution de la situation.

Il est vivement recommandé aux pays de collecter des données ventilées, notamment selon l'âge et le sexe, deux critères essentiels dans le cadre du suivi et de l'évaluation du VIH. Il serait également souhaitable de procéder à une analyse en termes d'égalité, si cela est possible. Les principaux ministères devraient également revoir leurs systèmes d'information, enquêtes et autres instruments de collecte de données pour s'assurer qu'ils obtiennent des données ventilées au niveau infranational, et jusqu'à l'échelon des services proposés et des projets menés. Des efforts spécifiques devraient être consacrés au suivi des données ventilées jusqu'au niveau national. En outre, les organisations du secteur privé et/ou de la société civile impliquées dans la riposte nationale au sida doivent être informées de l'importance de données ventilées et accorder la priorité à la collecte et la diffusion de telles données.



Le site consacré au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (www.unaids.org/AIDSreporting) identifie clairement les données ventilées requises pour le calcul de chaque indicateur (pour plus d'informations, voir la section précédente intitulée « Indicateurs sous forme de pourcentages »). D'une manière générale, les données qui s'y prêtent devraient toutes être ventilées selon l'âge et le sexe. Lorsque la collecte de données ventilées se révèle difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

Lorsqu'il est difficile d'obtenir des données ventilées, les données nécessaires au calcul des indicateurs de base peuvent être extraites d'ensembles plus vastes de données, dont la source peut varier d'un pays à l'autre. Les États membres sont invités à solliciter une assistance technique des Nations Unies (notamment auprès des bureaux nationaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'Unicef) et de ses partenaires afin d'accéder aux données ventilées requises pour le calcul des indicateurs de base.

Il est vivement conseillé aux gouvernements de ne pas se limiter à leurs sources d'information internes, mais d'également exploiter les sources d'information externes pour la collecte et la validation de données. Dans bien des cas, les organisations de la société civile sont à même de fournir de précieuses données primaires ou secondaires.

Données récentes et représentatives issues des enquêtes

Utilisez les enquêtes nationales les plus représentatives et les plus récentes pour calculer les indicateurs qui prennent la population générale pour référence. Cela pourra signifier que les informations transmises sont identiques à celles du rapport précédent, puisque ces enquêtes sont généralement réalisées tous les cinq ans.

Lorsque des données plus récentes ne sont pas disponibles, celles introduites pour 2013 peuvent être chargées dans l'outil de reporting en ligne par un simple clic et ne doivent par conséquent pas être réintroduites.

La constitution d'échantillons véritablement représentatifs pour les principales populations visées présente de grandes difficultés techniques,

et des méthodes sont développées pour ce faire (par exemple, l'échantillonnage déterminé par les répondants). En attendant leur mise au point, la représentativité des échantillons utilisés pour les enquêtes auprès des populations les plus exposées au VIH peut poser question. Il est donc conseillé d'utiliser les enquêtes les plus récentes couvrant les populations clés qui ont été examinées et

approuvées par les experts techniques locaux, comme les groupes de travail technique sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux de la recherche. Les États membres sont encouragés à communiquer les données de toutes les enquêtes récentes de qualité couvrant les populations clés, en indiquant le site, le numérateur, le dénominateur et la méthode de calcul de l'indicateur dans les feuilles Excel fournies à cet effet.

L'estimation de l'impact d'une maladie et la planification des programmes requis exigent d'évaluer avec précision l'ampleur des populations clés concernées. Les États membres sont donc invités à transmettre les estimations des populations clés, les méthodes utilisées ainsi que toute estimation spécifique à une ville ou une province obtenue de manière empirique. De plus amples détails sont disponibles en page 49. Certains pays disposant d'estimations empiriques des populations clés à l'échelon national sont également en mesure d'agréger les données des programmes de prévention. Cette année, lorsqu'un pays peut fournir des données concernant un indicateur sur la base des données d'un programme national, il peut le faire dans le champ commentaire.

➡ Les pays qui nécessitent des informations supplémentaires ou une assistance technique concernant la mise en œuvre peuvent s'adresser à leurs conseillers en information et stratégie ONUSIDA, aux bureaux de l'Unicef ou de l'OMS ainsi qu'aux groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH. Un soutien technique est également disponible auprès des conseillers en information et stratégie régionaux de l'ONUSIDA (équipe de soutien régionale), ainsi qu'auprès du Département de l'information et de l'évaluation stratégiques (secrétariat ONUSIDA) via l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Interprétation et analyse

Les présentes directives examinent chaque indicateur de base ainsi que ses forces et ses faiblesses. Les États membres sont invités à examiner attentivement cette section avant d'entamer la collecte et l'analyse des données. Celle-ci explique comment interpréter chaque indicateur et quels sont les points qui requièrent une attention particulière. Les points abordés dans cette section devraient également être examinés avant la finalisation du rapport et la rédaction du descriptif, de manière à vérifier que les conclusions constituent une interprétation correcte de chaque indicateur.

Les sections consacrées aux atouts et aux faiblesses de chaque indicateur de base ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données soumises à l'ONUSIDA. Cette section fournit également des informations complémentaires sur l'intérêt de tel ou tel indicateur, et souligne certaines variations potentielles d'un pays à l'autre, par exemple au niveau du rapport entre coûts et revenu local, des normes de qualité ou encore des schémas thérapeutiques.

Après compilation des données nationales, chaque État membre est vivement encouragé à poursuivre l'analyse de ses conclusions. Ceci permettra une meilleure compréhension de la riposte nationale et l'identification des opportunités d'amélioration de cette riposte. Il convient également d'examiner attentivement les liens qui existent entre les politiques, la mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, les changements vérifiables de comportement et les changements au niveau de l'épidémie. Par exemple, lorsqu'un pays dispose d'une politique de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a-t-il aussi mis en place des programmes de terrain accessibles aux femmes enceintes ? Dans l'affirmative, les femmes y ont-elles recours en nombre suffisant pour induire une baisse du nombre de nourrissons infectés par le VIH nés dans ce pays ?

De tels liens existent entre toutes les facettes d'une riposte nationale et les plus importants transparaissent dans les indicateurs de base nationaux définis dans les présentes directives. L'analyse efficace de ces liens requiert d'exploiter les données les plus larges possible, tant quantitatives que qualitatives et issues des secteurs public et privé. A contrario, il sera plus malaisé d'obtenir l'angle de vision requis pour la compréhension de ces liens et l'identification des tendances lorsqu'un seul type ou une seule source de données est privilégié.

Sélection des indicateurs

Sur base des caractéristiques propres à chaque épidémie nationale de VIH, les États membres passeront en revue tous les indicateurs afin de déterminer les plus pertinents dans leur cas. Par exemple, une épidémie concentrée sur les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne justifiera pas nécessairement la transmission de données sur les consommateurs de drogues injectables. Il conviendra toutefois d'évaluer régulièrement la situation afin de garantir la prise en compte de tout problème naissant et de revoir les indicateurs pertinents en conséquence. Une telle épidémie nécessitera le calcul des indicateurs spécifiques aux professionnel(le)s du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi d'indicateurs plus larges couvrant, par exemple, les connaissances des jeunes en matière de VIH, les rapports sexuels à haut risque chez les femmes et les hommes, ou encore l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque, et pertinents pour le suivi de la propagation de l'épidémie au sein de la population globale.

De même, les pays où l'épidémie est généralisée devraient inclure des données relatives à autant d'indicateurs que possible relatifs aux populations clés les plus à risque. Ainsi, un pays où l'épidémie accuse une forte prévalence peut aussi constater une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Il est alors judicieux de calculer et transmettre des indicateurs relatifs aux populations clés les plus à risque.

Il est demandé aux États membres d'indiquer la pertinence de chaque indicateur dans l'outil de reporting ainsi que la disponibilité ou non de données. Lorsqu'un indicateur est jugé pertinent pour une épidémie et une riposte nationales données, mais inutile pour le suivi, ceci doit être indiqué dans les cases de commentaire de l'outil de reporting.

Lorsqu'un État membre choisit d'utiliser un autre indicateur pour le suivi de l'élément en question, celui-ci peut être décrit dans les cases de commentaire (définition complète et méthode de calcul), de même que toutes les données disponibles pour cet indicateur.

Ventilation géographique des données et informations de suivi et d'évaluation

Dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, il est demandé aux États membres de transmettre des données représentatives. L'identification des zones géographiques non couvertes par les services requis, où sévissent des épidémies de VIH et où les populations les plus touchées résident, offre l'opportunité de renforcer l'efficacité et l'efficacé d'une riposte nationale au VIH. Pour ce faire, il est nécessaire de prévoir une ventilation géographique des données afférentes aux indicateurs. Une ventilation géographique permet d'établir le lien entre des données de suivi et les données de différents programmes, et d'ainsi parvenir à une compréhension plus détaillée de l'épidémie de VIH qui facilite la mise en œuvre d'interventions ciblées et adaptées là où elles sont les plus nécessaires. Une telle approche exige la collecte des données à des niveaux infranationaux pertinents pour les différents programmes. Cela est déjà le cas dans de nombreux pays, où la collecte de données est ventilée par zones géographiques et populations clés. La confidentialité et les règles déontologiques ne doivent jamais être perdues de vue dans le cadre de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données, et ce afin d'améliorer l'accessibilité des services liés au VIH pour les populations qui en ont besoin sans risquer d'exposer ces dernières à de quelconques préjudices. Veuillez vous reporter à l'annexe 7 pour de plus amples informations concernant la ventilation géographique des données et les informations de suivi et d'évaluation.

Rôle de la société civile

Partout dans le monde, la société civile joue un rôle clé dans la riposte nationale à l'épidémie de sida. La vaste expertise des organisations de la société civile en fait des partenaires idéales dans le processus de préparation des rapports d'activité nationaux. Elles sont ainsi particulièrement bien placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives à même de compléter des données collectées par les gouvernements. Les comités/commissions/conseils nationaux de riposte au sida ou les organes équivalents doivent chercher à obtenir la contribution de l'ensemble des entités présentes dans la société civile, à savoir les ONG, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les associations religieuses, les femmes, les jeunes, les syndicats et les organisations représentant les collectivités locales, pour leurs rapports sur les indicateurs de base nationaux qui sous-tendent la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. On ne saurait trop insister sur l'importance d'obtenir des données auprès de l'ensemble des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH. En effet, toutes les voix et tous les points de vue doivent être entendus : ils peuvent se révéler très précieux dans le suivi et l'évaluation de la riposte d'un pays au sida.

Les comités nationaux de riposte au sida ou les organes équivalents doivent faciliter l'accès des organisations de la société civile à leurs programmes de collecte de données. Un mécanisme direct de transmission et d'évaluation des informations doit être élaboré. Les rapports intermédiaires doivent inclure des données provenant de prestataires de la société civile. Dans le cadre de cet effort, les organisations de la société civile devraient également être invitées à participer à des ateliers nationaux pour déterminer comment elles peuvent soutenir de manière optimale le processus d'établissement du rapport national. Dans chaque pays, les représentants de la société civile devraient avoir la possibilité d'examiner et de commenter les données avant que le rapport ne soit finalisé et soumis. De plus, le rapport adressé à l'ONUSIDA devrait être largement diffusé afin que l'ensemble des représentants de la société civile y ait facilement accès.

Des équipes de l'ONUSIDA sont disponibles au sein des différents États membres pour apporter une assistance dans la prise en compte des apports de la société civile tout au long du processus. Le personnel en question doit en particulier :

- informer les organisations de la société civile sur les indicateurs et le processus de reporting ;
- fournir une assistance technique en matière de collecte, d'analyse et de transmission des données, y compris un appui ciblé aux personnes vivant avec le VIH ; et
- garantir la diffusion des rapports, notamment, si possible, dans les langues nationales.

Comme précédemment, l'ONUSIDA acceptera les rapports non officiels présentés par la société civile. Nous attirons votre attention sur le fait que de tels rapports n'ont pas pour vocation de constituer un processus de reporting parallèle pour la société civile. L'ONUSIDA encourage plutôt, dans la mesure du possible, l'intégration de la société civile au sein des processus nationaux de transmission de l'information, selon les modalités décrites plus haut. Les rapports non officiels ont pour but de fournir une perspective supplémentaire, lorsqu'il apparaît clairement que la société civile n'a pas suffisamment participé au processus d'établissement du rapport national, pour suppléer à l'absence de rapport national ou lorsque les données fournies par le gouvernement sont très différentes de celles recueillies par la société civile concernant les services fournis.

Contenu du rapport

En 2014, les États membres doivent soumettre des données pour tous les indicateurs nationaux applicables à leurs programmes de riposte. Pour ce faire, il incombe aux gouvernements de s'adjoindre le soutien de la société civile et, le cas échéant, de leurs partenaires au développement. La collecte des données requises et le calcul de chaque indicateur doivent respecter les procédures exposées dans les présentes directives.

Il est également demandé aux pays, lorsque cela est possible, de soumettre des copies des rapports initiaux desquels les données sont extraites pour les différents indicateurs, ou de fournir des liens vers ces rapports. Ceux-ci peuvent être soumis par le biais de l'outil de reporting en ligne. Cela facilitera l'analyse des données, notamment l'analyse des tendances et les comparaisons entre pays.

Comme indiqué précédemment, et conformément à la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH, doit participer à la préparation du rapport d'activité. Le secteur privé au sens large doit également avoir l'occasion de participer au processus. L'ONUSIDA recommande vivement aux gouvernements d'organiser un atelier/forum pour présenter les données et en débattre publiquement avant qu'elles ne lui soient soumises. Des équipes du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida sont disponibles dans de nombreux pays afin de faciliter ce processus de discussion.

Les données des indicateurs seront diffusées après avoir été nettoyées, validées et réconciliées sur le site www.AIDSinfo.com.

- ➡ Pour toute question, il est conseillé aux États membres de consulter les services locaux de l'ONUSIDA, ou le siège de Genève à l'adresse AIDSreporting@unaids.org. Les dernières informations afférentes au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde sont disponibles sur le site Internet de l'ONUSIDA à l'adresse : www.unaids.org/AIDSreporting.

Directives concernant la soumission des données

- ➡ Les pays ayant besoin d'informations supplémentaires sur l'outil de reporting et sur les mécanismes de transmission des données peuvent s'adresser à leurs conseillers en information et stratégie ONUSIDA ainsi qu'aux groupes de travail nationaux sur le suivi et l'évaluation du VIH. Le Département de l'information et de l'évaluation stratégiques (secrétariat ONUSIDA) est également à leur disposition via l'adresse AIDSreporting@unaids.org.
- ➡ Afin de faciliter les contacts avec le siège de Genève de l'ONUSIDA durant le processus de reporting et le suivi, il est demandé aux États membres de transmettre aussitôt que possible les coordonnées de la personne responsable de la transmission des données via l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Outil de reporting

- ➡ Les pays soumettront leurs rapports via l'outil de reporting disponible à l'adresse <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Dans chaque pays, un point focal sera désigné pour accéder à cet outil et introduire les informations nationales requises. Les États membres peuvent désigner plusieurs rapporteurs lorsque les données proviennent de plusieurs sources et/ou structures.

Une nouvelle fonction de l'outil de reporting prévoit la création, lors de la première connexion d'un État membre, d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe par le rapporteur. Sur base des communications officielles avec chaque pays, un seul éditeur est initialement désigné. Le rapporteur peut néanmoins désigner des éditeurs supplémentaires s'il le souhaite. Les éditeurs peuvent ajouter des données ou modifier celles déjà introduites. Comme pour les années précédentes, le rapporteur national peut également autoriser d'autres personnes à accéder aux données, afin de permettre la consultation de divers intervenants. Ces personnes peuvent simplement consulter les données soumises, mais ne peuvent pas les modifier. De plus amples détails à cet égard seront fournis dans les présentations en ligne (www.unaids.org/AIDSreporting) consacrées à l'utilisation de l'outil de reporting.

Comme indiqué plus haut, lorsqu'un État membre ne soumet pas les données relatives à un indicateur, il convient d'indiquer si cela est dû à l'absence de données adéquates ou si cet indicateur est considéré comme non pertinent compte tenu des caractéristiques de l'épidémie nationale. Les cases réservées aux commentaires permettront d'expliquer brièvement le mode de calcul d'un indicateur et d'évaluer la précision des données agrégées et ventilées. Pour l'évaluation nationale, les données peuvent également être imprimées sous la forme d'un seul fichier.

La progression du travail de reporting est indiquée sur la page principale, via le pourcentage / nombre des indicateurs déjà complétés. Hormis la saisie des données de l'année en cours, les États membres peuvent si nécessaire demander à modifier les données de l'année précédente, toujours via l'outil de reporting en ligne.

Lorsque la saisie des données est terminée, celles-ci peuvent être envoyées en cliquant sur le bouton « Submit » (Envoyer). Ceci clôture la session de l'État membre dans l'outil de reporting en ligne et il n'est dès lors plus possible d'apporter des modifications aux données ni d'en ajouter. L'ONUSIDA procède alors à l'examen des données et demande des clarifications si nécessaire, auquel cas l'accès au site sera de nouveau accordé afin de permettre la modification des informations introduites.

Les éventuels problèmes rencontrés dans l'utilisation de l'outil de reporting en ligne sont à signaler à l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Rapport commun avec l'OMS et l'Unicef sur les indicateurs du secteur de la santé

Afin de faciliter l'établissement des rapports et minimiser la charge de travail, les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida et les indicateurs du secteur de la santé de l'OMS et de l'UNICEF seront collectés via le même outil de reporting en ligne, comme pour les rapports précédents.

Les indicateurs supplémentaires du secteur de la santé figurent dans la partie II des directives.

Les questions spécifiques relatives à ces indicateurs supplémentaires peuvent être envoyées à l'adresse hivstrategicinfo@who.int.

Soumission des données

Les données des indicateurs doivent être soumises en ligne pour le 31 mars 2014 au plus tard. Les équipes nationales chargées des estimations sur le VIH doivent télécharger le fichier Spectrum dans le dossier prévu à cet effet (fourni par l'équipe ONUSIDA en charge des estimations sur le VIH) pour le 31 mars 2014 au plus tard. Veuillez adresser toute question portant sur l'emplacement correct de téléchargement du fichier à l'adresse estimates@unaids.org.

Les données des indicateurs ainsi que la partie descriptive des rapports nationaux doivent être introduites via le site Internet réservé au reporting mondial (www.unaids.org/AIDSreporting). Ceci facilitera le traitement des données et minimisera les erreurs.

Des versions papier des rapports peuvent être envoyées à l'adresse suivante :

Responsable du Département de l'information et de l'évaluation stratégiques,
ONUSIDA, 20 Avenue Appia CH-1211, Genève 27, Suisse.

Processus de transmission des données : checklist

Un reporting exhaustif des indicateurs de base nationaux est essentiel pour permettre d'analyser et améliorer la riposte à l'épidémie à l'échelle mondiale. La définition d'un calendrier et de dates butoirs pour la finalisation des tâches requises est vivement recommandée. Voici une checklist destinée à faciliter l'établissement de votre rapport national.

Sous la direction du comité national de riposte au sida ou d'un organe équivalent, chaque État membre doit :

1. Désigner un point focal en charge du processus de reporting et communiquer ses coordonnées au siège genevois de l'ONUSIDA via l'adresse AIDSreporting@unaids.org ;
2. Recenser les données requises conformément au plan stratégique national et aux présentes directives ; Développer et diffuser un plan de collecte des données définissant notamment un calendrier ainsi que le rôle du comité national de riposte au sida ou de son équivalent, des autres agences gouvernementales et de la société civile ;
3. Recenser les outils nécessaires à la collecte des données (inclut notamment la rencontre des équipes nationales en charge des estimations sur le VIH) ;
4. Obtenir les financements requis pour l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de communication des données ;
5. Recueillir et compiler les données en collaboration avec les organisations gouvernementales partenaires, la société civile et la communauté internationale ;
6. Veiller à ce que l'équipe en charge des estimations sur le VIH ait soumis le fichier Spectrum initial à l'ONUSIDA pour examen, au plus tard pour le 28 février ;
7. Analyser les données en collaboration avec les organisations gouvernementales partenaires, la société civile et la communauté internationale ;
8. Calculer les estimations de la couverture pour la thérapie antirétrovirale et la PTME à l'aide des dénominateurs provenant des fichiers Spectrum mis à jour et révisés ;
9. Permettre aux différentes parties prenantes, notamment aux agences gouvernementales et aux représentants de la société civile, de commenter le projet de rapport ;

10. Saisir les données via le site Internet consacré au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>) ;
11. Télécharger le fichier Spectrum final dans le dossier désigné pour les estimations nationales ;
12. Soumettre les données des indicateurs au plus tard pour le **31 mars 2014** ; et
13. Répondre sans délai aux demandes de clarifications de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'Unicef.

Il importe que les données nationales soumises aient été validées et réconciliées en concertation avec tous les intervenants impliqués. À cet effet, l'outil de reporting en ligne permet d'accorder l'accès (consultation uniquement) aux données à des intervenants nationaux. Plusieurs États membres indiquent que cette fonctionnalité a permis à de nombreux intervenants de la société civile et d'autres partenaires de consulter les données et de suggérer l'ajout de certaines informations, permettant ainsi d'accélérer et d'élargir la consultation et la validation par les parties prenantes.

Une checklist utilisable lors de la préparation et de l'envoi du Rapport d'activité national figure en annexe 4.

Synthèse des changements intervenus pour le Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde

Pour l'année 2014, des rapports « complets » sont demandés, c'est-à-dire incluant les indicateurs de base, les Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) ainsi qu'une partie descriptive.

Synthèse des modifications par rapport à 2013 :

- Les indicateurs couvrant les professionnel(le)s du sexe (indicateurs 1.7, 1.8, 1.9 et 1.10), déjà ventilés selon le sexe, sont désormais également ventilés selon l'appartenance à la communauté transgenre.
- Pour les indicateurs couvrant le dépistage du VIH chez les populations clés (indicateurs 1.9, 1.13 et 2.4), la définition du dénominateur est de nouveau celle de 2010 (veuillez vous reporter à ces indicateurs pour de plus amples détails).
- Le descriptif de l'indicateur couvrant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (indicateur 3.1) a été mis à jour afin de clarifier la ventilation et les liens avec le logiciel Spectrum. De plus, l'indicateur de suivi de la couverture des femmes en période d'allaitement par les services PTME a été ajouté directement après cet indicateur (indicateur 3.1a, précédemment numéroté 3.8).
- Le dénominateur de l'indicateur de suivi de la couverture de la thérapie antirétrovirale (indicateur 4.1) a été modifié pour inclure toutes les personnes vivant avec le VIH et non plus uniquement celles éligibles pour la thérapie. Pour de plus amples explications, veuillez vous reporter au descriptif détaillé de l'indicateur 4.1 (page 76). Une ventilation plus précise des nouveaux indicateurs couvrant la thérapie antirétrovirale (12 derniers mois) a été prévue (précédemment, indicateur 4.1a).
- Pour l'indicateur de rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale (indicateur 4.2), une ventilation selon que la femme est gravide ou non, et allaite ou non a été prévue.
- Pour l'indicateur couvrant la cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH (indicateur 5.1), le numérateur ne prend plus seulement les adultes en compte, mais également les enfants, et toutes les infections à VIH sont incluses (et non plus seulement les infections avancées) .
- Pour l'indicateur couvrant les dépenses relatives au sida (indicateur 6.1), les donateurs bilatéraux sont maintenant ventilés selon qu'il s'agit du PEPFAR ou d'autres donateurs bilatéraux.
- Un indicateur a été introduit afin de couvrir l'objectif 8, à savoir les attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (indicateur 8.1). Puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur, il est probable que la plupart des États membres ne seront pas en mesure de transmettre des données concernant ce dernier en 2014. Dans ce cas, il est demandé de transmettre les données d'une année antérieure pour l'une des deux questions suivantes : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne porteuse du virus du sida ? » Cette question a été régulièrement posée dans le cadre d'enquêtes diverses dans de nombreux pays, notamment les enquêtes DHS. Pour les rapports ultérieurs, les États membres devront fournir des données exhaustives pour cet indicateur.
- Une partie descriptive est demandée (veuillez vous reporter à l'annexe 1 pour de plus amples détails).
- La communication de données complètes concernant les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) est demandée. Les NCPI ont fait l'objet de légères modifications. Veuillez vous reporter à l'annexe 3 pour leur version mise à jour.

Nouveautés 2013 qui subsistent en 2014

- Comme en 2012, les données inchangées depuis le dernier rapport (2012 ou 2013 selon le cas) ne doivent pas être à nouveau introduites (indicateurs 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.22, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 10.1, 10.2).
- Les questions afférentes à l'estimation des populations clés de 2012 demeurent inchangées, mais figurent à présent au niveau des indicateurs couvrant les objectifs 1 et 2 (page 49).
- Les deux indicateurs afférents à la prévalence de la circoncision masculine et au nombre d'hommes circoncis ajoutés en 2013 pour les 16 États membres présentant une prévalence élevée de VIH et un faible nombre de circoncisions ont été conservés (indicateurs 1.22 et 1.23 du rapport RARSM figurant en annexe 6).
- La communication conjointe des indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde et des indicateurs du secteur de la santé de l'OMS et de l'Unicef est maintenue. Les indicateurs supplémentaires du secteur de la santé figurent dans la partie II de ces directives.

Indicateurs de base du Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde

Un indicateur donné peut être utilisé pour suivre plus d'un objectif.

Un indicateur donné peut être utilisé pour suivre plus d'un objectif.

Objectifs	Indicateurs	
Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle <i>Population générale</i>	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	1.6	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les programmes de prévention du VIH
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme
	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH
Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues
	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH
Objectif 3. D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida**	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant
	3.1a	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie
	3.3	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois
Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale
Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH
Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement

Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes	7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois <i>Tous les indicateurs incluant des données ventilées selon le sexe peuvent être utilisés pour évaluer la réalisation de l'objectif 7.</i>
Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination	8.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH
Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement		<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise.</i>
Objectif 10. Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH	10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*
	10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre
Questions sur les politiques suivies (valables pour les 10 objectifs)		Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)
* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement ** Le <i>Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie</i> définit cet objectif comme suit : 1. Réduction de 90 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants 2. Réduction de 50 % du nombre de décès maternels liés au sida Pour plus de renseignements, veuillez consulter le document suivant : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf		

OBJECTIF 1. D'ICI A 2015, RÉDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE

Population générale

- 1.1 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*
- 1.2 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans
- 1.3 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
- 1.4 Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*
- 1.5 Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- 1.6 Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*

Professionnel(le)s du sexe

- 1.7 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH
- 1.8 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- 1.9 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- 1.10 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- 1.11 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les programmes de prévention du VIH
- 1.12 Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme
- 1.13 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- 1.14 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

1.1 Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés vers la généralisation de la connaissance des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Fondement

Les épidémies de VIH se propagent principalement par transmission sexuelle de l'infection à des générations successives de jeunes. Il est donc essentiel et primordial que les jeunes possèdent de bonnes connaissances sur le VIH et le sida (même si ce n'est souvent pas suffisant) pour qu'ils adoptent des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH.

Numérateur :	Nombre de répondants de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 24 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes : 1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? 2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ? 4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?
Fréquence de mesure :	De préférence biennale et au minimum tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	▪ Sexe ▪ Âge (de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)

Explication du numérateur

Aucune modification ne devrait être apportée aux trois premières questions. Les questions 4 et 5 portent sur des idées fausses à l'échelon local. Elles peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans votre pays. Des exemples possibles sont : « Peut-on contracter le VIH en prenant une personne séropositive dans ses bras ou en lui serrant la main ? » ou « Peut-on contracter le VIH par des moyens surnaturels ? »

Il faut exclure du numérateur les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida, mais les inclure dans le dénominateur. La réponse « Je ne sais pas » doit être enregistrée en tant que réponse erronée.

Les scores pour chacune des questions (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus du score de l'indicateur composite.

Atouts et faiblesses

Le fait de croire qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut être séropositive est une idée fausse largement répandue pouvant entraîner des rapports sexuels non protégés avec des partenaires infectés. Il est aussi important de corriger les principales idées fausses sur la transmission du VIH que de favoriser une connaissance exacte des vrais modes de transmission du virus. Par exemple, le fait de croire que le VIH se transmet par les piqûres de moustiques peut réduire la motivation d'une personne à adopter un comportement sexuel sans risque. Croire que le virus peut se transmettre au cours d'un repas avec une personne infectée renforce la stigmatisation à laquelle les personnes vivant avec le sida sont confrontées.

Cet indicateur est particulièrement utile dans les pays où les connaissances en matière de VIH et de sida sont limitées, parce qu'il permet de facilement mesurer les améliorations. Toutefois, il importe également dans d'autres pays, où il peut être utilisé pour s'assurer que les niveaux élevés des connaissances en matière de VIH et de sida sont maintenus.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, consultez le site www.measuredhs.com.

1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans le report du premier rapport sexuel chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Fondement

Dans de nombreux pays, l'un des principaux objectifs est de retarder l'âge du premier rapport sexuel et de décourager l'activité sexuelle avant le mariage, car cela réduit le risque d'exposition au VIH. Certains éléments suggèrent également qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, du moins chez les femmes.

Numérateur : Nombre de répondants (de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Dénominateur : Nombre de répondants de 15 à 24 ans

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
Il est demandé à tous les répondants s'ils ont ou non déjà eu un rapport sexuel avec pénétration et, si tel est le cas, de se remémorer l'âge auquel ils ont eu ce premier rapport.

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)

Atouts et faiblesses

Les pays dans lesquels peu de jeunes ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans peuvent choisir d'utiliser un indicateur légèrement différent : « Pourcentage de jeunes âgés de 20 à 24 ans qui déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans ». L'avantage d'utiliser l'âge déclaré du premier rapport sexuel (plutôt que l'âge médian lors du premier rapport sexuel) est que le calcul est simple et permet des comparaisons aisées dans le temps. Le dénominateur est facile à établir, car l'ensemble des personnes ayant participé à l'échantillonnage en question contribuent à l'évaluation.

Il est difficile de suivre les variations de cet indicateur sur une période courte dans la mesure où seules les personnes intégrant le groupe (c'est-à-dire celles âgées de moins de 15 ans au début de la période pour laquelle on évalue les tendances) peuvent avoir une incidence sur le numérateur. Si l'indicateur est calculé tous les deux ou trois ans, il peut s'avérer préférable de se focaliser sur les fluctuations de niveaux pour le groupe d'âge 15-17 ans. S'il est calculé tous les cinq ans, il est alors envisageable d'étudier le groupe d'âge 15-19 ans.

Dans les pays où les programmes de prévention du VIH encouragent le retardement du premier rapport sexuel ou encouragent la virginité, les résultats risquent d'être faussés par des réponses volontairement erronées.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, consultez le site www.measuredhs.com.

1.3 Partenaires sexuels multiples

Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans la réduction du pourcentage de personnes ayant des partenaires sexuels multiples.

Fondement

La propagation du VIH dépend dans une large mesure des rapports non protégés chez les personnes ayant un nombre élevé de partenaires. Les personnes ayant de multiples partenaires courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH.

Numérateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Le parcours sexuel des personnes interrogées est demandé. L'analyse de ce parcours est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

Cet indicateur donne un aperçu de la fréquence des rapports sexuels à haut risque. Si les personnes n'ont qu'un partenaire sexuel, ce changement se reflétera par une variation de l'indicateur. Toutefois, si le nombre des partenaires est simplement réduit, l'indicateur ne traduira pas le changement. Ceci peut toutefois avoir un impact significatif sur la propagation de l'épidémie de VIH et peut donc être considéré comme un succès pour le programme. Il faudra sans doute faire appel à d'autres indicateurs pour identifier la réduction du nombre de partenaires sexuels en général.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, consultez le site www.measuredhs.com.

1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels

Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans la prévention d'une exposition au VIH lors de rapports sexuels non protégés, avec de multiples partenaires sexuels.

Fondement

L'utilisation du préservatif est une importante mesure de protection contre le VIH, en particulier pour les personnes ayant de multiples partenaires.

Numérateur : Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Le parcours sexuel des personnes interrogées est demandé. L'analyse du parcours sexuel est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, et le cas échéant si elles ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

Cet indicateur illustre la fréquence du recours au préservatif parmi les personnes susceptibles d'avoir des rapports sexuels à haut risque (c'est-à-dire, qui changent régulièrement de partenaire). La signification de cet indicateur dépendra toutefois de la mesure dans laquelle ces personnes s'engagent dans de telles relations. Ainsi, les niveaux et les tendances doivent être interprétés prudemment en utilisant les données obtenues sur les pourcentages de personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la dernière année.

L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsqu'ils sont utilisés systématiquement plutôt qu'occasionnellement. Cet indicateur ne fournit pas de données concernant le niveau d'utilisation systématique du préservatif. On notera toutefois que la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/parfois/jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels pendant une période déterminée est sujette à un biais de mémoire. En outre, la tendance à utiliser un

préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire occasionnel reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière avec de tels partenaires.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, consultez le site www.measuredhs.com.

1.5 Dépistage du VIH dans la population générale

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH.

Fondement

Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque individu doit savoir s'il est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Numérateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Dénominateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans
Le dénominateur inclut les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Les questions suivantes sont posées :

1. Je ne désire pas connaître le résultat, mais j'aimerais savoir si vous avez fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

Dans l'affirmative :

2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

La formule introductive « Je ne désire pas connaître le résultat, mais... » met le répondant à l'aise et réduit le risque qu'une personne ne souhaitant pas révéler son état sérologique n'indique pas avoir été dépistée.

La connaissance du résultat du test au cours des 12 derniers mois ne garantit pas qu'une personne interrogée connaît son état sérologique actuel. Celle-ci peut en effet avoir contracté le virus à l'issue du dernier test de dépistage effectué.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, consultez le site www.measuredhs.com.

1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la réduction des infections par le VIH.

Fondement

Le but de la riposte au VIH est de réduire les infections par le VIH. Toutefois, étant donné l'impossibilité de mesurer avec fiabilité l'incidence du VIH à travers une étude de prévalence, des approximations de l'incidence du VIH sont requises.

La prévalence du VIH à un âge donné est égale à la différence entre le nombre total de personnes infectées par le VIH jusqu'à cet âge et le nombre de personnes qui sont décédées, exprimée en pourcentage du nombre total de personnes en vie à cet âge. Dans les tranches d'âge plus élevées, les variations de la prévalence du VIH sont lentes à refléter les évolutions du taux de nouvelles infections (incidence du VIH) parce que la durée moyenne de l'infection est longue. En outre, un recul de la prévalence des infections par le VIH peut refléter une saturation de l'infection parmi les personnes les plus vulnérables et une hausse de la mortalité plutôt qu'un changement de comportement. Une augmentation de la prévalence du VIH peut refléter une hausse du nombre d'individus recevant une thérapie antirétrovirale et un allongement de leur durée de vie. Chez les plus jeunes, les tendances de la prévalence du VIH fournissent une meilleure indication des tendances récentes de l'incidence du VIH et des comportements à risque, puisque les jeunes ont plus récemment entamé une activité sexuelle ou la consommation de drogues par injection. De plus, les jeunes récemment infectés par le VIH n'auront vraisemblablement pas entamé une thérapie antirétrovirale. En conséquence, un recul de l'incidence du VIH associé à de vrais changements de comportement devrait d'abord être visible au niveau des chiffres de la prévalence du VIH établis pour la tranche d'âge 15-24 ans (voir même la tranche des 15-19 ans lorsque ces données sont disponibles). Lorsqu'elles sont disponibles, les données des enquêtes de surveillance comportementale parallèles doivent être utilisées pour aider à interpréter les tendances de la prévalence du VIH.

Type d'épidémie : Généralisée

Numérateur : Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives

Dénominateur : Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Directives de l'OMS/ONUSIDA pour la surveillance sentinelle du VIH
Cet indicateur est calculé à l'aide des données sur les femmes enceintes fréquentant les dispensaires périnatals dans les sites soumis à une surveillance sentinelle du VIH dans la capitale, les autres zones urbaines et en milieu rural.
Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : Aucune

Atouts et faiblesses

Dans les pays où l'âge au moment du premier rapport sexuel est plus élevé et/ou dans lesquels le taux de contraception est également élevé, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans sera différente de celle constatée parmi l'ensemble des femmes du même groupe d'âge. En cas de variation de la fertilité, cette tendance peut être biaisée si les femmes optent pour d'autres modes de procréation.

Cet indicateur (qui utilise les informations communiquées par les dispensaires prénatals) fournit une assez bonne estimation des tendances relativement récentes de l'infection par le VIH là où l'épidémie est principalement transmise par voie hétérosexuelle. Il est moins fiable en tant qu'indicateur des tendances de l'épidémie de VIH là où la plupart des cas d'infection se limitent aux populations clés.

Pour compléter les données rassemblées auprès des dispensaires prénatals, les pays sont de plus en plus nombreux à inclure le dépistage du VIH dans les enquêtes auprès de la population. Si des estimations de la prévalence du VIH ont été obtenues par un pays à partir d'enquêtes, ces estimations doivent être incluses dans la case réservée aux observations pour l'indicateur concerné afin de permettre des comparaisons avec d'autres enquêtes. Les estimations basées sur des enquêtes doivent être ventilées par sexe.

L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité des échantillons et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais réduit également la comparabilité des chiffres. Il importe donc de toujours utiliser les mêmes sites pour l'analyse des tendances.

Étant donné qu'un nombre croissant d'enfants infectés par leur mère atteignent l'âge de la procréation, cet indicateur devient plus difficile à interpréter. Il convient de collecter des informations sur le moment de l'infection chez les femmes séropositives au VIH, afin d'exclure ces dernières des analyses de tendances.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les sites suivants :

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118_Methodology.pdf

1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de base des programmes de prévention du VIH chez les professionnel(les) du sexe.

Fondement

Les programmes de prévention du VIH ont souvent des difficultés à atteindre les professionnel(le)s du sexe. Toutefois, pour prévenir la propagation du VIH et du sida parmi ce groupe ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour ces populations.

NOUVELLE VENTILATION 2014 : les professionnelles du sexe transgenres figurent parmi les prévalences les plus élevées du VIH. Les données sont donc désormais ventilées afin d'identifier les femmes transgenres.

Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » aux deux questions

Dénominateur : Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode
d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.

Les questions suivantes sont posées aux professionnel(le)s du sexe :

1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?
2. Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple, auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil ou d'un dispensaire de gynécologie / andrologie) ?

Des scores correspondant à chacune des questions (fondés sur le même dénominateur) sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite.

Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation :

- Sexe (femme, homme, transgenre)
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population des professionnel(le)s du sexe. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

La prise en compte de ces indicateurs ne doit pas être interprétée comme signifiant que les seuls services mentionnés suffisent dans le cadre des programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. L'ensemble des interventions essentielles décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme complet de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (par exemple, via des programmes de proximité et l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles, etc. Pour de plus amples informations sur les composantes d'un programme complet de prévention du VIH destiné aux professionnel(le)s du sexe, veuillez consulter les Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel.

Cet indicateur a trait aux services ayant été consultés au cours des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple, les 3 ou 6 derniers mois ou les 30 derniers jours, veuillez les inclure dans la section réservée aux observations.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Plusieurs pays ont précédemment communiqué la prévalence du VIH chez les femmes transgenres via les zones réservées aux observations de l'outil de reporting RARSM. Ceci démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

Merci d'ajouter aux données requises ci-dessus les données relatives au programme (lorsqu'elles sont disponibles pour l'indicateur), en utilisant le cadre réservé dans l'outil de reporting.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation
(www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.8 Professionnel(le)s du sexe : utilisation du préservatif

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH du fait de rapports sexuels non protégés avec leurs clients.

Fondement

Différents facteurs accroissent le risque d'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec de multiples partenaires non réguliers et la fréquence des relations. Les professionnel(le)s du sexe peuvent toutefois agir efficacement sur une réduction du risque de transmission du VIH, occasionnée soit par leurs clients soit par elles(eux)-mêmes, en utilisant les préservatifs de manière régulière et opportune.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

NOUVELLE VENTILATION 2014 : les professionnelles du sexe transgenres figurent parmi les prévalences les plus élevées du VIH. Les données sont donc désormais ventilées afin d'identifier les femmes transgenres.

Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Dénominateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation :

Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

Avez-vous utilisé un préservatif avec votre dernier client ?

Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation :

- Sexe (femme, homme, transgenre)
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsqu'ils sont utilisés systématiquement plutôt qu'occasionnellement. Cet indicateur fournit une surestimation du niveau d'utilisation systématique du préservatif. Toutefois, la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/parfois/jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec les clients pendant une

période déterminée est sujette à un biais de mémoire. En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire occasionnel reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière avec de tels partenaires.

Cet indicateur couvre les relations sexuelles tarifées des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple, les 3 ou 6 derniers mois, veuillez les inclure dans la section réservée aux observations.

Les enquêtes auprès des professionnel(le)s du sexe peuvent être difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des populations clés à haut risque étudiées. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Plusieurs pays ont précédemment communiqué la prévalence du VIH chez les femmes transgenres via les zones réservées aux observations de l'outil de reporting RARSM. Ceci démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation
(www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.9 Dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH auprès des professionnel(le)s du sexe.

Fondement

Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque professionnel(le) du sexe doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif(ve) au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner. Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour ces populations.

NOUVELLE VENTILATION 2014 : les professionnelles du sexe transgenres figurent parmi les prévalences les plus élevées du VIH. Les données sont donc désormais ventilées afin d'identifier les femmes transgenres.

Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Dénominateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe inclus dans l'échantillon

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.
Les questions suivantes sont posées aux professionnel(le)s du sexe :

1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ?

Dans l'affirmative :

2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?

Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation :

- Sexe (femme, homme, transgenre)
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de professionnel(le)s du sexe étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Le suivi des professionnel(le)s du sexe peut se révéler difficile par suite de leur mobilité et de leur fréquente dissimulation. Des informations concernant la nature de l'échantillon doivent donc être ajoutées dans la partie descriptive afin de faciliter l'interprétation et l'analyse sur une certaine durée.

Plusieurs pays ont précédemment communiqué la prévalence du VIH chez les femmes transgenres via les zones réservées aux observations de l'outil de reporting RARSM. Ceci démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Cet indicateur est le plus significatif dans les contextes où l'extension du dépistage est relativement récente. Les personnes dépistées il y a plus de 12 mois qui savent qu'elles sont séropositives au VIH sont considérées comme « détectées » grâce à cet indicateur. Idéalement, les enquêtes devraient demander pourquoi les répondants n'ont pas effectué de dépistage au cours des 12 derniers mois. S'ils indiquent qu'ils sont séropositifs au VIH, ils ne doivent pas être inclus dans le dénominateur. Cet indicateur sera officiellement modifié en 2015. Nous demandons aux États membres qui sont en mesure de le faire d'exclure les cas de séropositivité au VIH connus du dénominateur, et de l'indiquer dans la zone réservée aux observations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.10 Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe.

Fondement

Les professionnel(le)s du sexe présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

NOUVELLE VENTILATION 2014 : les professionnelles du sexe transgenres figurent parmi les prévalences les plus élevées du VIH. Les données sont donc désormais ventilées afin d'identifier les femmes transgenres.

Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif

Dénominateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués sur les personnes interrogées au niveau du ou des principaux sites sentinelles.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation :

- Sexe (femme, homme, transgenre)
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la réduction des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Dans la pratique toutefois, les données disponibles couvrent généralement la prévalence plutôt que l'incidence. Lors de l'analyse de la prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe en vue d'évaluer l'impact d'un programme de prévention, mieux vaut éviter de se cantonner aux jeunes. Il est préférable de transmettre des données sur toutes les personnes ayant récemment adopté des comportements à risque, par exemple, en limitant l'analyse aux personnes qui pratiquent le commerce du sexe depuis moins d'un an. Ce type d'analyse restreinte présente également l'avantage de ne pas être affecté par l'impact du traitement antirétroviral, lequel prolonge la période de survie et donc la prévalence.

Lorsque des estimations ventilées de la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe sont disponibles pour des périodes supérieures et inférieures à un an, les États membres sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national, et à utiliser les zones réservées aux observations pour transmettre ces estimations ventilées.

En raison des difficultés rencontrées pour établir le contact avec les professionnel(le)s du sexe, le nombre de distorsions relatives aux données de sérosurveillance est susceptible d'être beaucoup plus élevé que pour les données concernant un ensemble plus large de la population, comme les femmes fréquentant les dispensaires prénatals. Si l'on doute de la représentativité des données, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation.

Pour interpréter cet indicateur, il est essentiel de bien connaître la relation entre les populations échantillonnées et les populations plus larges qui ont des comportements à risque similaires. La période au cours de laquelle des personnes font partie de l'un des groupes de population les plus à risque est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes, mais de s'intéresser à d'autres groupes d'âge également.

Les tendances de la prévalence du VIH obtenues parmi les professionnel(le)s du sexe dans une capitale donnée fourniront des indications utiles sur l'impact des programmes de prévention du VIH présents sur place, mais ne seront pas représentatives de la situation du pays dans son ensemble.

L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité des échantillons et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais réduit également la comparabilité des chiffres. Il importe donc de toujours utiliser les mêmes sites pour l'analyse des tendances.

Plusieurs pays ont précédemment communiqué la prévalence du VIH chez les femmes transgenres via les zones réservées aux observations de l'outil de reporting RARSM. Ceci démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les sites suivants :

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Version révisée des Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH - Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les programmes de prévention du VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de base des programmes de prévention du VIH chez les MSM.

Fondement

Les programmes de prévention du VIH ont souvent des difficultés à atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM). Toutefois, pour prévenir la propagation du VIH et du sida parmi ce groupe ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour ces populations.

Numérateur : Nombre de MSM ayant répondu « oui » aux deux questions

Dénominateur : Nombre total de MSM ayant été interrogé(e)s

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.
Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?
2. Avez-vous reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois (par exemple, auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil ou d'un dispensaire de gynécologie / andrologie) ?

Des scores correspondant à chacune des questions (fondés sur le même dénominateur) sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite.

Chaque fois que possible, les données relatives aux MSM doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation : Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de MSM étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

La prise en compte de ces indicateurs ne doit pas être interprétée comme signifiant que les seuls services mentionnés suffisent dans le cadre des programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. L'ensemble des interventions essentielles décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme complet de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (par exemple, via des programmes de proximité et l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles, etc. Pour de plus amples informations sur les composantes d'un programme complet de prévention du VIH destiné aux populations à risque, veuillez consulter les *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*.

Cet indicateur a trait aux services ayant été consultés au cours des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple, les 3 ou 6 derniers mois ou les 30 derniers jours, veuillez les inclure dans la section réservée aux observations.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Merci d'ajouter aux données requises ci-dessus les données relatives au programme (lorsqu'elles sont disponibles pour l'indicateur), en utilisant le cadre réservé dans l'outil de reporting.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif

Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin.

Fondement

Les préservatifs peuvent réduire substantiellement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il importe donc que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes les utilisent de manière régulière et appropriée en raison du risque élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels anaux non protégés. En outre, les hommes qui ont des rapports sexuels anaux avec d'autres hommes peuvent aussi avoir des femmes pour partenaires, lesquelles risquent également d'être infectées. L'utilisation d'un préservatif avec leur dernier partenaire masculin est considérée comme un indicateur fiable du comportement sur le long terme.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les MSM. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal

Dénominateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.

Dans le cadre d'une enquête comportementale sur un échantillon d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des questions sont posées concernant les rapports sexuels des six derniers mois, les rapports anaux et l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal.

Chaque fois que possible, les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation : ■ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire (quel qu'il soit) fournit une bonne indication des niveaux et des tendances générales des rapports sexuels protégés et non protégés parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cet indicateur ne fournit aucune indication sur d'éventuels comportements à risque avec des partenaires féminins parmi les hommes ayant des rapports homosexuels et hétérosexuels. Dans les pays où les hommes du groupe étudié sont susceptibles d'avoir des partenaires des deux sexes, il convient de les interroger sur l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires féminins et leurs partenaires masculins. Dans ce cas, les données sur l'utilisation du préservatif doivent toujours être ventilées selon le sexe du partenaire.

Cet indicateur couvre les rapports sexuels entre hommes au cours des six derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple, les 3 ou 6 derniers mois, veuillez les inclure dans la section réservée aux observations.

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de MSM étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fondement

Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque MSM doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour ces populations.

Numérateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Dénominateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes inclus dans l'échantillon

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ?

Dans l'affirmative :

2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?

Chaque fois que possible, les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation : ■ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de MSM étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Le suivi des MSM peut se révéler difficile par suite de leur mobilité et de leur fréquente dissimulation. Des informations concernant la nature de l'échantillon doivent donc être ajoutées dans la partie descriptive afin de faciliter l'interprétation et l'analyse sur une certaine durée.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Cet indicateur est le plus significatif dans les contextes où l'extension du dépistage est relativement récente. Les personnes dépistées il y a plus de 12 mois qui savent qu'elles sont séropositives au VIH sont considérées comme « détectées » grâce à cet indicateur. Idéalement, les enquêtes devraient demander pourquoi les répondants n'ont pas effectué de dépistage au cours des 12 derniers mois. S'ils indiquent qu'ils sont séropositifs au VIH, ils ne doivent pas être inclus dans le dénominateur. Cet indicateur sera officiellement modifié en 2015. Nous demandons aux États membres qui sont en mesure de le faire d'exclure les cas de séropositivité au VIH connus du dénominateur, et de l'indiquer dans la zone réservée aux observations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation
(www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

1.14 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fondement

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les MSM constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif

Dénominateur : Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués sur les personnes interrogées au niveau du ou des principaux sites sentinelles.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : ■ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la réduction des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Dans la pratique toutefois, les données disponibles couvrent généralement la prévalence plutôt que l'incidence.

Lors de l'analyse de la prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en vue d'évaluer l'impact d'un programme de prévention, mieux vaut éviter de se cantonner aux jeunes. Il est préférable de transmettre des données sur toutes les personnes ayant récemment adopté des comportements à risque, par exemple, en limitant l'analyse aux personnes qui ont eu leur premier rapport sexuel avec un autre homme depuis moins d'un an. Ce type d'analyse restreinte présente également l'avantage de ne pas être affecté par l'impact du traitement antirétroviral, lequel prolonge la période de survie et donc la prévalence.

Lorsque des estimations ventilées de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont disponibles pour des périodes supérieures et inférieures à un an, les États membres sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national, et à utiliser les zones réservées aux observations pour transmettre ces estimations ventilées.

En raison des difficultés rencontrées pour établir le contact avec les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, le nombre de distorsions relatives aux données de sérosurveillance est susceptible d'être beaucoup plus élevé que pour les données concernant un ensemble plus large de la population, comme les femmes fréquentant les dispensaires prénatals. Si l'on doute de la représentativité des données, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation.

Pour interpréter cet indicateur, il est essentiel de bien connaître la relation entre les populations échantillonnées et les populations plus larges qui ont des comportements à risque similaires. La période au cours de laquelle des personnes font partie de l'un des groupes de population les plus à risque est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes, mais de s'intéresser à d'autres groupes d'âge également.

Les tendances de la prévalence du VIH obtenues parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans une capitale donnée fourniront des indications utiles sur l'impact des programmes de prévention du VIH présents sur place, mais ne seront pas représentatives de la situation du pays dans son ensemble.

L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité des échantillons et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais réduit également la comparabilité des chiffres. Il importe donc de toujours utiliser les mêmes sites pour l'analyse des tendances.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les sites suivants :

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Version révisée des Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH - Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Évaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

OBJECTIFS 1 ET 2.

ESTIMATIONS DES POPULATIONS CLÉS

Fondement

La planification des programmes destinés aux populations clés peut être beaucoup plus efficace lorsque l'on dispose d'estimations précises de la taille de ces populations. Ces estimations permettent aux ministères de la santé et à l'ONUSIDA de comprendre l'ampleur d'une épidémie de VIH potentielle et de déterminer les ressources requises afin de répondre de manière adéquate aux besoins de prévention au sein des populations à risque.

1) Avez-vous procédé à des estimations de la taille des populations clés ?

Population clé	Estimation de la taille (oui/non)	Si oui, quand la dernière estimation a-t-elle été réalisée ? (année)	Si oui, quelle était cette estimation ?
a) Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
b) Consommateurs de drogues injectables			
c) Professionnel(le)s du sexe			
d) Autres populations clés (veuillez préciser dans la zone réservée aux observations)			
e) Commentaires :			

Pour une meilleure compréhension des estimations communiquées, nous vous demandons de fournir les informations suivantes concernant chaque estimation dans la zone réservée aux observations :

- 1) Définition utilisée de la population étudiée.
- 2) Méthode utilisée pour aboutir à l'estimation.
- 3) Estimations spécifiques à un site pour toutes les estimations disponibles.

Dans le cadre de nos efforts permanents visant à obtenir des données plus détaillées, ces informations permettront d'établir le lien entre les données des dénominateurs et les données des programmes couvrant des domaines identiques.

OBJECTIF 2. RÉDUIRE DE 50 % LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI À 2015

- 2.1 *Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues*
- 2.2 *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport*
- 2.3 *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection*
- 2.4 *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*
- 2.5 *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH*

2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention

Nombre d'aiguilles et de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de base des programmes de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Fondement

La consommation de drogues injectables est la principale cause de transmission pour approximativement 10 % des infections à VIH dans le monde et 30 % des infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. La prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est l'un des défis clés à relever pour réduire le poids du VIH.

Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS) constituent l'un des neuf axes de l'action de l'OMS, de l'ONUSDC et de l'ONUSIDA pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH auprès des consommateurs de drogues injectables.

Ce sont ces programmes qui ont l'impact le plus important sur la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Les preuves scientifiques ne manquent pas pour attester de leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH (voir <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Numérateur : Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les PAS

Dénominateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Données des programmes utilisées pour compter le nombre de seringues distribuées (numérateur)
Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays (dénominateur)

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation : Aucune

Atouts et faiblesses

Des difficultés ont été rapportées dans le comptage des aiguilles et seringues. Les kits seringue / aiguille de 1 ou 2 ml figurent parmi les plus couramment utilisés, mais on trouve aussi des seringues auxquelles des aiguilles supplémentaires doivent être ajoutées. Dans la plupart des cas, seul le nombre de seringues distribuées par les PAS est connu et non les ventes en pharmacies.

L'estimation de la taille des populations de CDI à l'échelon national peut comporter certains défis. Il existe de multiples définitions des consommateurs de drogues injectables et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. L'ONUSDC publie des estimations de la taille des populations de consommateurs de drogues injectables dans le Rapport mondial sur les drogues. Ces estimations peuvent être utilisées. Si vous jugez que celles-ci ne peuvent PAS être utilisées, veuillez en expliquer la raison dans la zone réservée aux observations.

Les États membres peuvent suivre cet indicateur en se basant sur les niveaux de couverture suivants :

- Faible : < 100 seringues par CDI par an
- Moyen : > 100 – < 200 seringues par CDI par an
- Élevé : > 200 seringues par CDI par an

Ces niveaux reposent sur des études menées dans les pays développés concernant la distribution de seringues et son impact sur la transmission du VIH. Veuillez noter que les niveaux requis pour la prévention de l'hépatite C sont susceptibles d'être bien plus élevés que ceux présentés ici.

Informations supplémentaires

Une description complète de cet indicateur figure dans le *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables* (2012, Genève) de l'OMS à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>.

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

OMS, Genève (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs* :<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>

ONUDD. *Global Assessment Programme on drug abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienne, ONUDD, 2003.

Hickman M et al. *Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application*. Bulletin des stupéfiants des Nations Unies, 2002, 54 :15–32.

Stratégies d'échantillonnage des populations à risque et outil de conception. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, GAP Surveillance Team, 2009 (<http://www.igh.org/surveillance>).

<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (pour plus de détails concernant le groupe de référence et pour les estimations nationales et mondiales de l'utilisation de drogues injectables et de l'infection par le VIH chez les CDI).

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (Les lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH – 2010 – du Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST).

Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Fondement

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels chez les consommateurs de drogues injectables, y compris dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent, parce que : (i) le risque de transmission du virus par du matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et (ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Il est demandé aux consommateurs de drogues injectables de répondre à la série de questions suivante : 1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ? 2. Dans l'affirmative : Si oui, avez-vous eu des rapports sexuels au cours du mois dernier ? 3. Si les réponses aux questions 1 et 2 sont toutes les deux affirmatives, la question suivante est : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ? Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	▪ Sexe ▪ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de consommateurs de drogues injectables étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : (i) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, (ii) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, (iii) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les consommateurs de drogues injectables, et (iv) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables, d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le quatrième de ces facteurs.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

OMS/ONUSIDA/ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables*. Genève, OMS, 2012
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html.

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risque

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables.

Fondement

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels chez les consommateurs de drogues injectables, y compris dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent, parce que : (i) le risque de transmission du virus par du matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et (ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées : 1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ? 2. Dans l'affirmative : Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue ? Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	▪ Sexe ▪ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Les enquêtes sur les consommateurs de drogues peuvent se révéler difficiles. Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de consommateurs de drogues injectables étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : (i) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, (ii) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, (iii) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les consommateurs de drogues injectables, et (iv) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables, d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

OMS/ONUSIDA/ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables*. Genève, OMS, 2012 http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html.

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Fondement

Pour se protéger et éviter d'infecter d'autres personnes, chaque consommateur de drogues injectables doit savoir s'il(elle) est ou non séropositif au VIH. Cette information est également essentielle afin de se faire soigner.

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur une ou plusieurs populations à haut risque. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour ces populations.

Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Dénominateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables inclus dans l'échantillon

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.
Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ?

Dans l'affirmative :

2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?

Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de la population de consommateurs de drogues injectables étudiée. Lorsqu'un échantillon n'est pas jugé représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Le suivi des consommateurs de drogues injectables peut se révéler difficile par suite de leur mobilité et de leur fréquente dissimulation. Des informations concernant la nature de l'échantillon doivent donc être ajoutées dans la partie descriptive afin de faciliter l'interprétation et l'analyse sur une certaine durée.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Cet indicateur est le plus significatif dans les contextes où l'extension du dépistage est relativement récente. Les personnes dépistées il y a plus de 12 mois qui savent qu'elles sont séropositives au VIH sont considérées comme « détectées » grâce à cet indicateur. Idéalement, les enquêtes devraient demander pourquoi les répondants n'ont pas effectué de dépistage au cours des 12 derniers mois. S'ils indiquent qu'ils sont séropositifs au VIH, ils ne doivent pas être inclus dans le dénominateur. Cet indicateur sera officiellement modifié en 2015. Nous demandons aux États membres qui sont en mesure de le faire d'exclure les cas de séropositivité au VIH connus du dénominateur, et de l'indiquer dans la zone réservée aux observations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf).

Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf).

OMS/ONUDD/ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables*. Genève, OMS, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Genève, ONUSIDA, 2007.

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel. Genève, ONUSIDA, 2007.

2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Fondement

Les consommateurs de drogues injectables présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH.

Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011). Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués sur les personnes interrogées au niveau du ou des principaux sites sentinelles ou dans le cadre d'une enquête de surveillance. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	▪ Sexe ▪ Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la réduction des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Dans la pratique toutefois, les données disponibles couvrent généralement la prévalence plutôt que l'incidence.

Lors de l'analyse de la prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables en vue d'évaluer l'impact d'un programme de prévention, mieux vaut éviter de se cantonner aux jeunes. Il est préférable de transmettre des données sur toutes les personnes ayant récemment adopté des comportements à risque, par exemple, en limitant l'analyse aux personnes qui ont commencé à s'injecter des drogues depuis moins d'un an. Ce type d'analyse restreinte présente également l'avantage de ne pas être affecté par l'impact du traitement antirétroviral, lequel prolonge la période de survie et donc la prévalence.

Lorsque des estimations ventilées de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables sont disponibles pour des périodes supérieures et inférieures à un an, les États membres sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national, et à utiliser les zones réservées aux observations pour transmettre ces estimations ventilées.

En raison des difficultés rencontrées pour établir le contact avec les consommateurs de drogues injectables, le nombre de distorsions relatives aux données de sérosurveillance est susceptible d'être beaucoup plus élevé que pour les données concernant un ensemble plus large de la population, telles que les femmes fréquentant les dispensaires prénatals. Si l'on doute de la représentativité des données, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation.

Pour interpréter cet indicateur, il est essentiel de bien connaître la relation entre les populations échantillonnées et les populations plus larges qui ont des comportements à risque similaires. La période au cours de laquelle des personnes font partie de l'un des groupes de population les plus à risque est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes, mais de s'intéresser à d'autres groupes d'âge également.

Les tendances de la prévalence du VIH obtenues parmi les consommateurs de drogues injectables dans une capitale donnée fourniront des indications utiles sur l'impact des programmes de prévention du VIH présents sur place, mais ne seront pas représentatives de la situation du pays dans son ensemble.

L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité des échantillons et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais réduit également la comparabilité des chiffres. Il importe donc de toujours utiliser les mêmes sites pour l'analyse des tendances.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les sites suivants :

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Version révisée des Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH - Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH. Genève, ONUSIDA, 2011* (<http://www.unaids.org/en/media/unaids>)

[contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf](#)).

OBJECTIF 3. D'ICI A 2015, ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS A VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIES AU SIDA

- 3.1 *Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant*
- 3.1a *Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement (précédemment, indicateur 3.8)*
- 3.2 *Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie*
- 3.3 *Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois*

3.1 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement grâce à l'administration d'antirétroviraux.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes séropositives visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement. Lorsque les données ont été ventilées par schéma thérapeutique, cet indicateur peut indiquer un accès accru à des traitements antirétroviraux plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Étant donné que cet indicateur évalue les antirétroviraux prescrits, il n'est dans la plupart des cas pas possible de déterminer le respect ou non du traitement.

Le traitement post-partum, qui inclut les antirétroviraux réduisant le risque de transmission pendant l'allaitement, est couvert par l'indicateur 3.1a. L'indicateur 3.7 mesure le pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie.

Fondement

Le risque de transmission mère-enfant peut être réduit considérablement par l'administration d'antirétroviraux (traitement à vie ou prophylaxie) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement avec traitement préventif du nourrisson, ainsi qu'à la mère (et le cas échéant à l'enfant) durant l'allaitement (en cas d'allaitement), et en ayant recours à des pratiques d'accouchement et d'alimentation du nourrisson plus sûres. Les données permettront d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éradiquer la transmission mère-enfant, d'éclairer la planification des politiques et stratégies, de promouvoir l'action menée et d'exploiter les ressources disponibles pour étendre les programmes. Elles aideront à évaluer les tendances quant à la couverture des prophylaxies et des traitements par antirétroviraux et, lorsqu'elles sont ventilées par type de schéma thérapeutique, permettront également d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en place de traitements et de thérapies antirétrovirales plus efficaces.

Numérateur : Nombre de femmes enceintes séropositives ayant pris des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement. Les rapports mondiaux relatifs à l'administration d'antiviraux pour la PTME excluront les femmes ayant reçu une dose unique de névirapine, ce traitement étant considéré comme sous-optimal. Le nombre de femmes ayant exclusivement reçu une dose unique de névirapine devra toutefois être communiqué par chaque État membre.

Dénominateur : Nombre estimé de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Pour le numérateur : données des programmes nationaux, obtenues par l'agrégation des données issues des outils de suivi, par exemple, les dossiers des patients et les formulaires de synthèse.
Pour le dénominateur : modèles d'estimation tels que Spectrum, ou enquêtes de surveillance des dispensaires prénatals associées à des données démographiques et à des ajustements appropriés sur base des enquêtes portant sur la couverture des maternités.

Fréquence de mesure : Annuelle ou plus fréquente, selon les besoins de suivi d'un pays

Ventilation : Le numérateur devrait être ventilé selon les six schémas généraux décrits ci-dessous.

Explication du numérateur

Le numérateur devrait être ventilé selon les six schémas généraux suivants (les trois premiers sont actuellement recommandés par l'OMS) chez les femmes enceintes séropositives pour la prévention de la transmission mère-enfant :

1. Nouveau traitement antirétroviral initié durant la grossesse en cours	
2. Déjà sous traitement antirétroviral avant la grossesse en cours	
3. Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (prophylaxie selon l'option B de l'OMS)	
4. AZT maternelle (prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement selon l'option A de l'OMS ou les Directives 2006 de l'OMS)	
5. Dose unique de névirapine (avec ou sans diminution graduelle) UNIQUEMENT	
6. Autre. Veuillez préciser (traitement, hors catégorie, etc.)	

Ventilation des définitions des traitements

Catégories	Explications supplémentaires	Exemples courants
Les deux premières options couvrent les femmes recevant une thérapie antirétrovirale à vie (inclut l'option B+). 1) Nouveau traitement initié durant la grossesse en cours 2) Déjà sous traitement avant la grossesse	Traitement basé sur 3 ARV visant à fournir une TARV à vie 1) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant été identifiées comme venant de commencer un traitement antirétroviral à vie 2) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH déjà sous traitement antirétroviral lors de leur première visite ANC Toute femme ayant commencé un traitement antirétroviral à vie pendant le travail sera comptabilisé dans la catégorie 1. Lorsque le nombre de femmes sous thérapie antirétrovirale n'est pas ventilé selon le moment où le traitement est entamé, le chiffre peut être introduit	Schéma thérapeutique national standard, par exemple : ▪ TDF+3TC+EFV ▪ AZT+3TC+NVP

	dans la cellule intitulée « Nombre total de femmes enceintes sous traitement antirétroviral à vie ».	
3) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (prophylaxie selon l'option B de l'OMS durant la grossesse et l'accouchement)	Traitement basé sur 3 ARV en cas de prophylaxie pour la TME, commencé pendant la grossesse voire pendant le travail ou l'accouchement, avec l'intention d'interrompre le traitement à la fin de l'allaitement (ou d'interrompre lors de l'accouchement si le nourrisson n'est pas allaité) Toute femme recevant 3 ARV pour la première fois lors du travail ou de l'accouchement sera tout de même comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement est en train de mettre l'option B en place.	▪ TDF+3TC+EFV ▪ AZT+3TC+EFV ▪ AZT+3TC+LPV/r
4) AZT maternelle (prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement selon l'option A de l'OMS ou les Directives 2006 de l'OMS)	Traitement préventif à base d'AZT (ou autre NRTI) ayant commencé à partir de 14 semaines de grossesse ou pendant le travail ou l'accouchement, pour prévenir la transmission du VIH. Toute femme recevant des antirétroviraux pour la première fois lors du travail ou de l'accouchement sera tout de même comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement est en train de mettre l'option A en place.	▪ AZT à n'importe quel moment avant le travail + intrapartum NVP ▪ AZT à n'importe quel moment avant le travail + intrapartum NVP + diminution graduelle pendant 7 jours après l'accouchement de AZT/3TC
5) Dose unique de névirapine (NVP-DU) administrée à la mère pendant la grossesse ou l'accouchement	▪ La névirapine est le SEUL traitement administré à une femme enceinte séropositive au VIH pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement. Ne PAS compter comme NVP-DU si : ▪ La névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse, ou ▪ Une femme enceinte et séropositive au VIH a commencé l'option A, B ou B+ lors du travail ou de l'accouchement	▪ NVP-DU UNIQUEMENT pour la mère au début du travail ▪ NVP-DU + diminution graduelle de 7 jours de AZT/3TC UNIQUEMENT ▪ NVP-DU pour la mère au début du travail et NVPDU pour l'enfant UNIQUEMENT

Le numérateur doit correspondre aux valeurs introduites dans Spectrum. À défaut, une demande sera automatiquement envoyée à l'équipe pour rendre les valeurs cohérentes.

RARSM

Spectrum

1) Nouveau traitement initié durant la grossesse en cours

Démarrage des antirétroviraux **durant** la grossesse actuelle

2) Déjà sous traitement avant la grossesse	Démarrage des antirétroviraux avant la grossesse actuelle
3) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (prophylaxie selon l'option B de l'OMS durant la grossesse et l'accouchement)	Option B – Trithérapie à partir de la 14 ^e semaine
4) AZT maternelle (prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement selon l'option A de l'OMS ou les Directives 2006 de l'OMS)	Option A – AZT maternelle
5) Dose unique de névirapine (NVP-DU) administrée à la mère pendant la grossesse ou l'accouchement	Dose unique de névirapine
6) Autres (se limite habituellement aux pays qui administrent encore l'AZT maternelle en fin de grossesse)	AZT maternelle selon les directives 2006 de l'OMS Le logiciel Spectrum requiert des données couvrant l'historique des schémas thérapeutiques. Cette catégorie est maintenue afin de permettre la description des schémas suivis au cours des années précédentes.

Explication du dénominateur

Deux méthodes peuvent être utilisées pour l'estimation du dénominateur :

1. Un modèle de projection, tel que Spectrum. Utiliser la variable « nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de PTME* » ; ou
2. Lorsque les projections Spectrum ne sont pas disponibles, multiplier le nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (ce chiffre peut être obtenu auprès du bureau national des statistiques, dans les estimations de la Division des Nations Unies pour la Population ou dans les systèmes d'enregistrement des naissances contenant des données complètes) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (qui peut être déduite des estimations de la surveillance sentinelle dans les dispensaires prénatals et des ajustements appropriés selon les enquêtes sur la couverture des maternités).

Afin que les données puissent être comparées, la variable Spectrum sera utilisée pour le dénominateur lorsque des analyses globales sont réalisées.

Atouts et faiblesses

Les États membres sont encouragés à suivre et à communiquer le nombre réel des femmes traitées selon les divers schémas thérapeutiques, afin que l'impact des antirétroviraux sur la transmission mère-enfant puisse être modélisé sur base de l'efficacité des différents schémas. Les États membres qui ne disposent pas d'un système permettant de recueillir et transmettre les données relatives à l'administration des différents schémas antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH doivent remédier à cette lacune.

Informations supplémentaires

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine d'action qui évolue rapidement. Par conséquent, les méthodes de suivi de la couverture de ce service évoluent à l'avenant. Vous trouverez les toutes dernières informations à ce sujet en suivant les liens ci-dessous :

www.who.int/hiv/pub/mtct/en/

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html

3.1a Prévention de la transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement

Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement (précédemment, indicateur 3.8)

Objet

L'indicateur 3.1 porte sur la couverture des mères durant la grossesse et l'accouchement. L'indicateur 3.1a porte plus précisément sur la prophylaxie dont bénéficient les femmes ou leurs bébés durant l'allaitement.

Fondement

Pour les femmes qui ne suivent pas une thérapie antirétrovirale, le risque de transmission du VIH à l'enfant durant l'allaitement reste élevé. Ce risque peut être réduit par l'administration d'un traitement à la mère ou au bébé durant toute la période d'allaitement. Les données permettront d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éradiquer la transmission mère-enfant, d'éclairer la planification des politiques et stratégies, de promouvoir l'action menée et d'exploiter les ressources disponibles pour étendre les programmes.

Numérateur : Nombre de femmes vivant avec le VIH et se trouvant en période d'allaitement qui ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pour elles-mêmes ou pour leur bébé afin de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre estimé de femmes vivant avec le VIH qui ont allaité au cours des 12 derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Pour le numérateur : données des programmes nationaux, obtenues par l'agrégation des données issues des outils de suivi, par exemple, les dossiers des patients et les formulaires de synthèse. Les données requises pour le numérateur peuvent être collectées lors du Diagnostic infantile précoce (DIP) effectué à l'âge de six semaines ou lors de la vaccination DPT3 qui intervient à l'âge de deux ou trois mois, et sont à distinguer des thérapies antirétrovirales administrées afin de prévenir la transmission périnatale. Pour les nourrissons allaités, il convient de collecter les données relatives à l'administration ou non d'antirétroviraux à la mère ou à l'enfant afin de réduire la transmission postnatale. Les femmes enceintes infectées par le VIH qui sont éligibles pour une thérapie antirétrovirale à vie, qui bénéficient d'un schéma thérapeutique et dont les nourrissons bénéficient par conséquent de l'effet prophylactique des antirétroviraux pour la réduction du risque de transmission lors de l'allaitement, sont également incluses dans le numérateur.

Pour le dénominateur : modèles d'estimation tels que Spectrum, ou enquêtes de surveillance des dispensaires prénatals associées à des données démographiques et à des ajustements appropriés sur base des enquêtes portant sur la couverture des maternités. Le dénominateur doit représenter le nombre de femmes vivant avec le VIH qui se trouvent en période d'allaitement. Dans les contextes où la plupart des femmes séropositives au VIH allaitent, le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH peut constituer une approximation du dénominateur (avec un ajustement en fonction du nombre d'enfants décédés avant le moment de collecte des données, si ces informations sont disponibles). Dans d'autres contextes où existe une population importante de nourrissons

exposés au VIH, mais qui ne sont pas nécessairement allaités, il peut être nécessaire d'estimer le nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont effectivement allaités.

Fréquence de mesure :

Annuelle ou plus fréquente, selon les besoins du pays considéré.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet aux États membres de suivre la couverture des programmes visant à réduire la transmission à l'enfant durant l'allaitement. Étant donné que cet indicateur évalue les antirétroviraux fournis, il n'est dans la plupart des cas pas possible de déterminer le respect ou non du traitement.

Cet indicateur ne doit pas être confondu avec l'indicateur 3.7, qui mesure le pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie.

L'évaluation de la couverture de la thérapie antirétrovirale durant l'allaitement est importante, mais dans de nombreux contextes, le suivi se détériore de manière significative à l'issue de la visite de la sixième semaine. Il est donc malaisé d'obtenir une estimation précise de la couverture de la thérapie antirétrovirale au-delà de cette période. Pour les populations où l'allaitement est habituel, des efforts doivent être consentis afin d'assurer une couverture de la thérapie antirétrovirale durant l'allaitement au-delà de cette période de six semaines ou du moment de la vaccination DPT3.

Lorsque les données soumises pour cet indicateur ne sont pas représentatives au niveau national, veuillez le mentionner dans la zone réservée aux observations et fournir un descriptif de l'échantillon.

Informations supplémentaires

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine d'action qui évolue rapidement. Par conséquent, les méthodes de suivi de la couverture de ce service évoluent à l'avenant. Pour les informations les plus récentes, veuillez consulter les liens suivants :

www.who.int/hiv/pub/mtct/en

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html

3.2 Diagnostic infantile précoce

Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

Objet

Il évalue la proportion d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui subissent un test de dépistage au cours de leurs deux premiers mois de vie pour déterminer leur état sérologique et leur éligibilité pour une thérapie antirétrovirale. Les données sont ventilées selon les résultats du test.

Fondement

Il est fréquent que les nourrissons infectés par le VIH au cours de la grossesse, de l'accouchement ou après un accouchement prématuré décèdent avant que l'on connaisse leur séropositivité au VIH. L'OMS recommande la mise en place de programmes nationaux pour le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines ou dès que cela est possible, afin d'orienter correctement les soins au sein des dispensaires. La progression du VIH est rapide chez les enfants ; il faut donc les mettre sous traitement aussitôt que possible, car à défaut, près de 50 % des enfants décèdent avant d'atteindre l'âge de deux ans.

Numérateur : Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois.

Dénominateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Les laboratoires réalisant les tests de diagnostic infantile précoce (DIP) pour le numérateur, et les estimations du logiciel Spectrum, du Bureau national des statistiques et/ou de la surveillance sentinelle pour le dénominateur.

Fréquence de mesure : Annuelle ou plus fréquente, selon les besoins du pays considéré.

Explication du numérateur

Les informations doivent être tirées des bases de données des laboratoires effectuant les tests de DIP. Le numérateur doit représenter le nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie et non le nombre d'échantillons ayant été testés dans le laboratoire. Les données doivent être ventilées à partir des bases de données du laboratoire. Il convient de minimiser autant que possible la double prise en compte des données qui serviront à produire les données à l'échelon national. Il est fort probable que le nombre de nourrissons ayant subi plus d'un test virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie soit faible. Des efforts devraient être réalisés afin d'inclure tous les établissements de santé publics, privés et dirigés par des ONG qui proposent des services de dépistage pour les nourrissons exposés au VIH.

Les résultats des tests doivent être formulés comme suit : positif, négatif, indéterminé et dépistage refusé par le laboratoire. Le cas échéant, seuls les résultats du test le plus récent d'un nourrisson ayant subi un dépistage au cours de ses deux premiers mois de vie doivent être inclus.

Explication du dénominateur

Il s'agit d'une mesure approximative du nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH.

Deux méthodes peuvent être utilisées pour l'estimation du dénominateur :

a) Utiliser un modèle de projection tel que celui fourni par le logiciel Spectrum et utiliser la variable « *nombre de femmes enceintes nécessitant une PTME* » comme approximation,

ou ;

b) Lorsque les projections Spectrum ne sont pas disponibles, multiplier le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (ce chiffre peut être obtenu auprès du bureau national des statistiques ou dans les estimations de la Division des Nations Unies pour la Population) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (qui peut être déduite des estimations de la surveillance sentinelle dans les dispensaires prénatals et des ajustements appropriés selon les enquêtes sur la couverture des maternités).

Afin que les données puissent être comparées, la variable Spectrum sera utilisée pour le dénominateur lorsque des analyses globales sont réalisées.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet le suivi du dépistage du VIH chez les nourrissons de moins de deux mois exposés au VIH, essentiel pour l'orientation correcte des soins. La limitation de l'âge à deux mois ou moins élimine également la probabilité que le même nourrisson subisse plusieurs fois ce test, et élimine le risque de double comptabilisation. Les trois types de données requis par cet indicateur, à savoir la date à laquelle l'échantillon a été prélevé, l'âge auquel le test a été réalisé (réel ou calculé selon la date de naissance), et les résultats, sont systématiquement enregistrés dans les bases de données des laboratoires de dépistage.

Grâce au faible nombre de laboratoires de ce type et au format électronique de ces bases de données, la collecte des données relatives à cet indicateur est très aisée. La qualité des données des laboratoires est généralement élevée, ce qui permet d'avoir un indicateur solide. Cet indicateur ne fait pas apparaître le nombre d'enfants dont le diagnostic est définitif (c'est-à-dire infection par le VIH) et il ne permet pas non plus de savoir si l'enfant a bénéficié ou non des services de suivi appropriés après avoir obtenu les résultats de son dépistage. Il n'évalue pas non plus la qualité des tests ni le système mis en place pour les tests. Une faible valeur de cet indicateur serait toutefois le signe de faiblesses au niveau du système, notamment une gestion inadéquate, au niveau national, de l'approvisionnement en kits de tests virologiques pour le VIH, de la collecte des données et des échantillons utilisés pour procéder aux tests.

La ventilation selon les résultats des tests ne peut pas être utilisée comme référence pour les taux généraux de transmission mère-enfant. Lorsque la couverture du DIP par rapport aux besoins nationaux ou la couverture des tests de DIP au cours des deux premiers mois de vie est faible, de faibles taux de séropositivité parmi les nourrissons ayant subi le test ne signifieront pas nécessairement la réussite d'un programme, étant donné que bon nombre d'enfants susceptibles d'être séropositifs ne sont pas représentés dans cet échantillon.

Les tests virologiques précoces constituent une intervention essentielle pour identifier les nourrissons infectés, mais il importe également de renforcer la qualité du suivi des enfants exposés au VIH et de former le personnel médical afin qu'il puisse reconnaître les signes et les symptômes d'une infection à VIH précoce chez les nourrissons exposés, en particulier là où l'accès aux tests virologiques est limité. Une gestion inappropriée des approvisionnements peut affecter négativement la valeur de l'indicateur et réduire de manière significative l'accès au dépistage du VIH pour les enfants nés de femmes séropositives. Les États membres devraient veiller à ce que des systèmes et des outils appropriés, en particulier des outils pour les LMIS (systèmes d'information et de gestion logistique), soient en place pour gérer les approvisionnements au niveau central, des établissements et des districts.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

OMS, UNICEF, ONUSIDA. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé*. Rapport d'activité, OMS, Genève, septembre 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>).

Next generation indicators reference guide. Washington, DC, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2009.

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME. *Monitoring and Evaluation Toolkit. Part 2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening*, Genève, 2009.

OMS, *Measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012.

3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)

Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Fondement

Des efforts ont été réalisés pour accroître l'accès à des interventions qui peuvent réduire de manière significative la transmission mère-enfant du VIH, notamment la combinaison d'antirétroviraux et de schémas thérapeutiques et le renforcement du conseil sur l'alimentation des nourrissons. Il importe d'évaluer l'impact que les interventions de PTME ont sur les nouvelles infections à VIH pédiatriques à travers la transmission mère-enfant.

Le pourcentage d'enfants séropositifs devrait diminuer au fur et à mesure qu'augmentent la couverture des interventions pour la PTME et l'utilisation de traitements plus efficaces.

Numérateur : Nombre estimé d'enfants qui seront infectés par leur mère, parmi les enfants nés de mères séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre estimé de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : La probabilité de transmission mère-enfant varie selon le traitement antirétroviral administré et la manière d'alimenter le nourrisson. La transmission peut être calculée en utilisant le modèle Spectrum. Le logiciel Spectrum utilise les informations suivantes :

- La distribution des femmes enceintes infectées par le HIV recevant divers traitements antirétroviraux avant et pendant l'accouchement (traitement périnatal) en fonction du taux de CD4 de la mère.
- La distribution de femmes et d'enfants recevant des antirétroviraux après l'accouchement (traitement postnatal) en fonction du taux de CD4 de la mère.
- Le pourcentage de nourrissons qui ne sont pas allaités dans les programmes de PTME, ventilé selon l'âge de l'enfant.
- La probabilité de transmission mère-enfant du VIH fondée sur diverses catégories de traitements antirétroviraux et pratiques d'alimentation du nourrisson.

Dans le logiciel Spectrum, le taux national estimé de transmission apparaît dans l'affichage de synthèse sur la PTME. Cette donnée peut également être calculée en utilisant d'autres variables Spectrum, par exemple en divisant les « nouvelles infections à VIH » pour les enfants âgés de 0 à 14 ans par la variable « Femmes nécessitant une PTME ».

Les informations sur les autres voies de transmission à l'enfant sont insuffisantes pour inclure de telles infections dans le modèle. De plus, ces autres modes de transmission sont considérés comme ne représentant qu'une faible fraction de l'ensemble des infections chez les enfants. Dans le logiciel Spectrum, la variable « nouvelles infections pour les enfants âgés de 0 à 1 an » n'est pas utilisée, car certaines

infections dues à l'allaitement n'apparaîtront qu'après la première année de vie.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : Aucune

Afin que les données puissent être comparées, la variable Spectrum sera utilisée pour cet indicateur lorsque des analyses globales sont réalisées.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur évalue les programmes de PTME en estimant l'impact d'une augmentation des prescriptions d'antirétroviraux, de l'utilisation de schémas thérapeutiques plus efficaces et de méthodes optimales d'alimentation des nourrissons. Il est généré par un modèle qui fournit des estimations de l'infection par le VIH chez les enfants. Ces estimations reposent évidemment sur les hypothèses et les données utilisées par le modèle. Il est donc possible que cet indicateur n'offre pas une mesure véritable de la transmission mère-enfant. Par exemple, dans les pays où d'autres formes de PTME (par exemple, la césarienne) sont largement pratiquées, l'indicateur surestimera la transmission mère-enfant. Il s'appuie également sur des données qui intègrent le plus souvent les traitements antirétroviraux fournis et non effectivement pris, et pourrait donc sous-estimer la transmission mère-enfant.

Cet indicateur permet aux États membres d'évaluer l'impact des programmes de PTME en estimant le taux de transmission du VIH des femmes séropositives à leurs enfants. Le suivi des couples mère-enfant pose des difficultés, en particulier au niveau national, en raison du délai entre la collecte des données et leur transmission, d'une part, et compte tenu du nombre de services médicaux auxquels les couples mère-enfant peuvent s'adresser sur une période donnée pour le large éventail des interventions de PTME et pédiatriques proposées. Dans les pays où ces données sont disponibles, la fréquentation des services est élevée et les tests de confirmation sont systématiques, des efforts devraient être réalisés pour suivre l'impact en évaluant directement le pourcentage d'enfants séropositifs au VIH infectés par leur mère. Tous les pays doivent s'efforcer de suivre l'état et la survie des enfants nés de mères séropositives, en s'appuyant sur les données recueillies lors des consultations médicales de suivi.

Informations supplémentaires

<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

OBJECTIF 4. D'ICI À 2015, ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

4.1 *Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral**

4.2 *Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale*

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

4.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

Pourcentage d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétrovirale, par rapport à la population totale d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH

Objet

Il évalue la couverture de la thérapie antirétrovirale.

Fondement

La thérapie antirétrovirale (TARV) a démontré sa capacité à réduire la morbidité et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, et à réduire la transmission du VIH. Ces dernières années, les règles d'éligibilité pour la thérapie antirétrovirale ont été modifiées à plusieurs reprises. Par ailleurs, les règles nationales ne cadrent pas toujours avec les règles mondiales. C'est pourquoi la couverture de la thérapie antirétrovirale a été mesurée de différentes manières, notamment sur base de règles mondiales, nationales ou les deux. Lorsque ces règles sont modifiées pour inclure un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, la couverture mesurée pour le pays considéré diminue. Le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale sera présenté par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH, afin d'éviter des valeurs multiples pour la couverture de la thérapie antirétrovirale. L'estimation de cette couverture calculée avec pour dénominateur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH est similaire à celle obtenue avec pour dénominateur l'ensemble des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale (conformément aux règles 2013 en la matière). Approximativement 85 % des personnes vivant avec le VIH sont éligibles pour une thérapie antirétrovirale en vertu des critères 2013 de l'OMS.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétrovirale conformément au protocole national de traitement (ou aux normes de l'OMS) au terme de la période analysée

Dénominateur : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH
Les critères d'éligibilité pour une TARV varient selon les pays. Afin de permettre les comparaisons entre pays pour cet indicateur, les rapports nationaux doivent présenter la couverture de la thérapie antirétrovirale pour les adultes et les enfants en pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH

Calcul : Numérateur / dénominateur

Remarque : Bien que la couverture soit calculée par rapport au nombre total des personnes vivant avec le VIH, il est également demandé de fournir le nombre des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale en vertu de vos critères nationaux.

Méthode d'évaluation : Les données doivent être collectées de manière continue au niveau des établissements et elles doivent être ventilées de manière périodique. Les rapports annuels doivent utiliser les données les plus récentes dont on dispose pour une année complète.
Pour le numérateur : dossiers couvrant les thérapies antirétrovirales au sein des établissements et formulaires des études de prévalence. Pour le dénominateur : modèles d'estimation couvrant le VIH

Fréquence de mesure : Les données doivent être collectées de manière continue au niveau des établissements et elles doivent être ventilées de manière périodique, de préférence mensuellement ou trimestriellement. Les rapports annuels doivent utiliser les données les plus récentes dont on dispose pour un mois ou un trimestre.

Ventilation :

- Sexe
- Âge (moins de 15 ans, 15 et plus, 15-49, < 1 an, 1-4 ans, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)
- Public / privé
- Personnes ayant entamé une thérapie antirétrovirale au cours de la dernière année étudiée. Cet indicateur devrait être disponible à partir des mêmes sources que celles utilisées pour le nombre total des personnes sous thérapie antirétrovirale.

Explication du numérateur

Le numérateur peut être déterminé en comptant le nombre d'adultes et d'enfants ayant suivi une thérapie antirétrovirale au terme de la période étudiée.

Le numérateur doit être égal à la différence entre le nombre d'adultes et d'enfants ayant déjà entrepris une thérapie antirétrovirale et le nombre de patients qui n'étaient plus sous traitement avant la fin de la période étudiée.

Les patients qui n'étaient plus sous traitement avant la fin de la période étudiée, c'est-à-dire ceux exclus du numérateur, comprennent les patients décédés, ceux qui ont arrêté le traitement et ceux dont le suivi a été interrompu.

Lors de leur visite médicale, certains patients emportent des antirétroviraux pour les mois suivants. Ces médicaments peuvent donc correspondre à un traitement effectivement suivi pendant les derniers mois de la période étudiée sans qu'aucune visite ne soit enregistrée pour la période. Il importe donc de tenir compte de ce décalage, car ces patients doivent être inclus dans le numérateur.

Les antirétroviraux administrés dans le but de prévenir la transmission mère-enfant et pour la prophylaxie postexposition ne sont pas inclus dans cet indicateur. Par contre, les femmes enceintes séropositives au VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale à vie y sont incluses.

Le nombre d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétrovirale peut être obtenu via les données recueillies dans les registres de traitement par antirétroviraux des hôpitaux ou via les systèmes de gestion des approvisionnements en médicaments. Ces données sont ensuite collationnées et transférées dans les différents rapports de prévalence mensuels ou trimestriels pour être ensuite agrégées dans les totaux nationaux.

Les patients sous thérapie antirétrovirale des secteurs privé ou public doivent tous être inclus dans le numérateur, pour autant que des données les concernant soient disponibles.

Explication du dénominateur

Le dénominateur est établi en estimant le nombre de personnes vivant avec le VIH. Au cours des années précédentes, l'ONUSIDA et l'OMS ont évalué le pourcentage des personnes éligibles sur base du nombre des personnes éligibles conformément aux critères de l'OMS. En 2014, ce calcul est modifié pour inclure toutes les personnes vivant avec le VIH. Ceci ne revient pas à dire que toutes les personnes vivant avec le VIH devraient recevoir une thérapie antirétrovirale. Il s'agit simplement d'une mesure plus simple qui ne variera pas au fil du temps et permettra d'obtenir une évaluation cohérente de la couverture permettant d'effectuer des comparaisons mondiales et nationales.

Les estimations du dénominateur reposent le plus souvent sur les dernières données fournies par les enquêtes de surveillance sentinelle à l'aide d'un modèle d'estimation de la prévalence du VIH tel que Spectrum. Pour de plus amples informations sur les estimations relatives au VIH et l'utilisation de Spectrum, veuillez vous adresser au Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections¹⁵.

Atouts et faiblesses

L'indicateur permet de suivre l'évolution de la couverture, mais ne cherche pas à distinguer les différentes formes de thérapie antirétrovirale ni à mesurer le coût, la qualité, l'efficacité ou le respect des schémas thérapeutiques. Ceux-ci varieront au sein même d'un pays et d'un pays à l'autre, et sont susceptibles d'évoluer avec le temps.

Le degré d'utilisation d'une thérapie antirétrovirale dépendra de son coût par rapport aux revenus locaux, des infrastructures existantes pour la prestation des services et de leur qualité, de la disponibilité et de la fréquentation des services de conseil et de dépistage, ainsi que de la perception de l'efficacité et des éventuels effets secondaires du traitement.

Cet indicateur évalue le nombre de personnes ayant reçu les médicaments et non le nombre de personnes ayant pris ces médicaments ; il n'évalue donc pas le respect du traitement.

Informations supplémentaires

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la prolongation de la survie des adultes et des enfants infectés qui sont maintenus sous traitement antirétroviral.

Fondement

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes ayant contracté le virus. Alors que la couverture de la thérapie antirétrovirale s'étend dans le monde, il importe de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent le traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en lumière les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement

Dénominateur : Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période étudiée, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux dont le suivi a été interrompu au douzième mois

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Outils de suivi des programmes ; formulaires d'analyse des cohortes / groupes
Registres de thérapie antirétrovirale et formulaires d'analyse par cohortes de la thérapie antirétrovirale

La période étudiée est définie comme toute période continue de 12 mois prenant fin à une date déterminée à l'avance et qui précède la remise du rapport. Elle peut être déterminée en fonction des besoins du rapport national. Si le rapport couvre la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, les pays calculeront cet indicateur en utilisant les données relatives à tous les patients ayant entrepris un traitement antirétroviral à un moment quelconque de la période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. Si le rapport couvre la période du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013, les pays incluront les données relatives aux patients ayant débuté le traitement dans la période allant du 1^{er} juillet 2011 au 30 juin 2012.

Un résultat portant sur 12 mois est défini comme le résultat (à savoir, le patient est encore en vie et toujours sous antirétroviraux, décédé ou perdu de vue) 12 mois après avoir commencé le traitement antirétroviral. Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 auront atteint les 12 mois de traitement pour la période couverte par le rapport, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

Fréquence de mesure : Dès que les patients sont mis sous antirétroviraux, des données de cohorte les concernant doivent être recueillies mensuellement. Les données mensuelles relatives aux cohortes ayant suivi le traitement sur au moins 12 mois doivent ensuite être agrégées.

- Ventilation :
- Sexe
 - Âge (<15/15+)
 - Enceinte ou non au début de la thérapie
 - Allaitement ou non au début de la thérapie

Explication du numérateur

Pour entrer dans le numérateur, les données doivent concerner des adultes et des enfants en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement. Afin d'avoir une compréhension plus complète de ce que signifie la survie, il est nécessaire de recueillir les données suivantes :

- Nombre d'adultes et d'enfants appartenant aux groupes de départ de la thérapie antirétrovirale débutant au moins 12 mois avant la fin de la période étudiée.
- Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement.

Pour être pris en compte dans le numérateur, les patients ne doivent pas nécessairement avoir été sous traitement antirétroviral en permanence pendant la période de 12 mois. Les patients qui ont manqué un ou deux rendez-vous, qui n'ont pas systématiquement retiré leurs médicaments ou qui ont interrompu temporairement le traitement pendant les 12 mois, mais qui sont reconnus comme étant encore sous traitement 12 mois après le début du traitement sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue 12 mois après le début du traitement ne sont pas inclus dans le numérateur.

Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2012 et qui sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas recommencé) entre mai 2012 et mai 2013 ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2013) et ne sont pas inclus dans le numérateur. En revanche, un patient ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2012 et ayant manqué un rendez-vous en juin 2012, mais enregistré comme encore sous antirétroviraux en mai 2013 (au bout de 12 mois) est sous traitement antirétroviral et sera inclus dans le numérateur. Ce qui importe est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2012 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, indépendamment de ce qui s'est passé entre mai 2012 et mai 2013.

Les registres de thérapie antirétrovirale doivent comporter différentes informations et paramètres concernant le patient, par exemple, l'âge du patient au début de la thérapie antirétrovirale. De plus, beaucoup de registres indiqueront si une patiente était enceinte ou allaitait au début de la thérapie antirétrovirale. La rétention de la thérapie antirétrovirale à 12 mois doit être calculée pour ces groupes de femmes.

Explication du dénominateur

Le dénominateur est égal au nombre total d'adultes et d'enfants ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois précédant la période étudiée, quel que soit leur résultat au bout de 12 mois.

Par exemple, pour les rapports allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, seront pris en considération tous les patients ayant commencé le traitement antirétroviral entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012. Ceci inclut tous les patients sous antirétroviraux, décédés, ayant abandonné le traitement ou perdus de vue au bout de 12 mois.

Au niveau des établissements de santé, le nombre d'adultes et d'enfants sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci comprend les patients qui s'y sont rendus à un moment quelconque entre le début du traitement et la fin de la période de 12 mois et exclut les patients transférés vers un autre établissement au cours de la même période, de façon à refléter la cohorte actuelle nette de patients fréquentant chaque établissement. En d'autres termes, au niveau des établissements, les patients transférés dans un autre établissement ne seront inclus ni dans le numérateur ni dans le dénominateur, tandis que les patients accueillis d'un autre établissement seront inclus dans le numérateur et dans le dénominateur. Au niveau national, le nombre de patients accueillis d'un autre établissement devrait correspondre au nombre de patients transférés vers un autre établissement. Par conséquent, la cohorte actuelle nette (les patients en charge d'un établissement donné, c'est-à-dire le nombre de patients du groupe de départ plus les entrants moins les sortants) 12 mois plus tard devrait être égale à la cohorte du groupe de départ 12 mois auparavant.

Atouts et faiblesses

L'utilisation de ce dénominateur pourrait surestimer la « survie » réelle, puisqu'une partie des patients perdus de vue est encore en vie. C'est le nombre de personnes qui sont en vie et sous traitement antirétroviral (c'est-à-dire chez qui le traitement antirétroviral est maintenu) dans une cohorte de traitement qui est représenté ici.

La priorité est donnée à la transmission de données de survie agrégées. Si des registres complets relatifs aux cohortes de patients existent, les États membres sont invités à suivre la rétention du traitement à 24, 36 et 48 mois et ensuite tous les ans. Cela permettra de comparer dans le temps les taux de survie des personnes sous thérapie antirétrovirale. L'indicateur permet de savoir si la survie à 12 mois augmente ou diminue au fil du temps, mais il n'est pas possible d'en déterminer les causes. Par exemple, une hausse de la survie à 12 mois peut refléter une amélioration des soins et pratiques de traitement ou un démarrage plus précoce de la thérapie antirétrovirale. La rétention du traitement à 12 mois doit donc être interprétée sur base des caractéristiques initiales de la cohorte des patients au début du traitement : la mortalité sera plus élevée lorsque les patients ont débuté le traitement à un stade plus avancé de l'infection. C'est pourquoi la collecte et la transmission des données de survie sur des traitements de plus longue durée pourraient donner une meilleure idée de l'efficacité à long terme de la thérapie antirétrovirale.

Informations supplémentaires

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

OBJECTIF 5. D'ICI A 2015, RÉDUIRE DE MOITIE LES DÉCÈS LIES A LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

5.1 *Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH*

5.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH

Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Fondement

La tuberculose (TB) est l'une des causes principales de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris pour celles qui suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié de la tuberculose ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité conformément aux directives nationales et internationales sont essentiels pour la qualité de vie et la survie chez les personnes vivant avec le VIH. Il est donc important de calculer le pourcentage de personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose qui ont accès à un traitement approprié pour la tuberculose et pour le VIH.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH ayant reçu une polythérapie antirétrovirale conformément au protocole national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national contre la tuberculose) au cours de l'année étudiée

Dénominateur : Nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

Des estimations annuelles du nombre de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays où la tuberculose est répandue sont calculées par l'OMS et disponibles à l'adresse <http://www.who.int/tb/country/en>

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Registres et rapports couvrant la thérapie antirétrovirale des établissements de soins ; instruments de suivi des programmes

Données et estimations issues des programmes pour les nouveaux cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Fréquence de mesure : Les données doivent être recueillies de manière continue à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et communiquées tous les ans. Il convient ici de transmettre les données et estimations les plus récentes disponibles pour une année complète

Atouts et faiblesses

Un dépistage et un traitement adéquats de la tuberculose permettent de prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH et réduisent les impacts de la tuberculose sur la collectivité. L'OMS établit des estimations annuelles couvrant la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, à partir des meilleures estimations nationales disponibles pour la prévalence du VIH et l'incidence de la tuberculose. Tous les nouveaux cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH devraient être placés sous traitement antituberculeux selon qu'ils remplissent les critères nationaux. Ces nouveaux cas de tuberculose correspondent aux cas qui se sont déclarés durant l'année et excluent les cas latents. Toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont atteintes de tuberculose

devraient bénéficier d'une thérapie antirétrovirale aussitôt que possible. Le traitement de la tuberculose doit être initié conformément aux directives des programmes nationaux correspondants.

Cet indicateur évalue la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH et la mesure dans laquelle ceux-ci permettent d'accéder à un traitement approprié des deux maladies. Toutefois, cet indicateur sera infléchi par un recours insuffisant au test de dépistage du VIH ainsi qu'un accès inadéquat aux soins requis pour le VIH, à la thérapie antirétrovirale, et au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Des indicateurs séparés existent pour chacun de ces facteurs et il convient de s'y référer pour l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Il est essentiel que le personnel dispensant les soins relatifs au VIH et le traitement antirétroviral enregistre le diagnostic et le traitement de la tuberculose, puisque ces informations ont des implications importantes eu égard aux critères d'admission au traitement antirétroviral et au choix du schéma thérapeutique. Il est donc recommandé d'inscrire la date de début du traitement antituberculeux dans le registre de suivi de la thérapie antirétrovirale.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009
(<http://www.who.int/tb/country/en>).

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009
(http://www.who.int/hiv/pub/tb/hiv_tb_monitoring_guide.pdf)

OBJECTIF 6. D'ICI A 2015, RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE RIPOSTE AU SIDA, ET PARVENIR A UN INVESTISSEMENT MONDIAL ANNUEL DE 22 A 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

6.1 Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement

6.1 Dépenses relatives au sida

Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement

Objet

Il évalue de manière précise et cohérente comment les financements sont dépensés au niveau national ainsi que la source de ces financements.

Fondement

Alors que les ripostes au sida à l'échelle nationale et mondiale continuent de s'intensifier, il est de plus en plus important d'assurer un suivi détaillé (i) de l'affectation des fonds disponibles au niveau national et (ii) de l'origine de ces fonds. Les données sont utilisées pour évaluer les dépenses mondiales annuelles consacrées à la lutte contre le VIH, qui constituent un élément important du suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. Ces données aident également les décideurs nationaux à évaluer la portée et l'efficacité de leurs programmes. L'agrégation des données d'un grand nombre de pays permet aussi à la communauté internationale d'évaluer la qualité de la riposte mondiale. Ces informations stratégiques appuient les Offices nationaux de riposte au sida dans leur rôle de coordination, d'affectation des ressources et d'amélioration de la planification stratégique.

Chaque État membre peut opter pour différents outils et méthodologies de suivi du financement de la riposte au sida, à savoir l'estimation des dépenses nationales relatives au sida (NASA), le compte auxiliaire sida du budget national de la santé et les enquêtes sur les flux de ressources. La Grille nationale de financement permet d'entrer, de passer en revue et de transmettre les données financières obtenues selon l'une de ces trois méthodes.

Mesure :

Instrument / méthode de base :

- 1) Estimation des dépenses nationales relatives au sida (NASA)

Autres instruments/méthodes :

- 2) Compte auxiliaire sida du budget national de la santé. Il ne devrait pas y avoir de différence entre les dépenses de santé relatives au sida, que celles-ci soient mesurées via les estimations NASA ou les comptes auxiliaires sida. Toutefois, certaines actions menées en dehors du secteur de la santé peuvent ne pas figurer dans les dépenses nationales de santé.
- 3) Enquête sur les flux de ressources. Un processus d'alignement a été mené. Les pays sélectionnés dans l'échantillon de cette enquête qui ont répondu aux questionnaires peuvent entrer leurs informations agrégées par activités principales dans la grille de financement. Certaines actions menées en dehors du secteur de la santé peuvent ne pas figurer dans la présente enquête sur les flux de ressources. En outre, certaines actions liées à la population ne doivent pas être prises en compte dans le total des dépenses affectées au sida.

Les données provenant de ces instruments de mesure doivent être utilisées pour remplir la Grille nationale de financement figurant au Rapport d'activité national (voir annexe 2).

Méthode d'évaluation :

L'indicateur relatif aux dépenses nationales et internationales de lutte contre le sida est transmis via la Grille nationale de financement. L'annexe 2 fournit des instructions supplémentaires à cet effet. La note d'envoi ainsi que les informations indiquées à l'annexe 2 doivent être soumises dans le cadre du Rapport d'activité national.

Les dépenses réelles de la riposte au sida sont classées selon huit catégories et par source de financement, y compris les dépenses publiques provenant de sources propres (c'est-à-dire de recettes publiques telles que l'impôt) et de sources internationales :

1. Prévention ;
2. Soins et traitement ;
3. Orphelins et enfants vulnérables ;
4. Renforcement des systèmes et coordination des programmes. Cette catégorie était précédemment libellée « Gestion du programme et renforcement de l'administration ».
5. Mesures incitatives pour les ressources humaines ;
6. Protection sociale et services sociaux (à l'exclusion des orphelins et des enfants vulnérables) ;
7. Environnement favorable et développement communautaire ;
8. Recherche (à l'exclusion de la recherche opérationnelle, reprise sous « Renforcement des systèmes et coordination des programmes »)

(Chacune des catégories de dépenses affectées à la riposte au sida est fragmentée en de multiples sous-catégories ; voir annexe 2)

Trois principaux groupes de sources de financement :

1. Nationales publiques ;
Internationales ;
3. Nationales privées (facultatif aux fins du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde).

(Chacune de ces sources compte de multiples sous-catégories ; voir annexe 2)

Fréquence de mesure :

2011, 2012 et 2013 (selon données disponibles)

Années civiles ou fiscales (selon données disponibles)

Les pays qui, dans leur dernier rapport, ont déjà communiqué des données pour 2011 et/ou 2012, n'ont pas à les réintroduire sauf si certaines données étaient manquantes, incomplètes ou ont été modifiées à la lumière d'informations supplémentaires. Dans ce cas, les données saisies pour 2011 et/ou 2012 dans le cadre du RARSM 2013 seront remplacées dans notre base de données par celles soumises en 2014.

Atouts et faiblesses

Les dépenses réelles doivent être saisies dans la Grille nationale de financement et non celles budgétées. Elles doivent aussi inclure les dépenses concernant la riposte au sida engagées dans le cadre des systèmes plus vastes de prestation de services. Par exemple, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes devraient faire l'objet d'une estimation distincte des coûts pour contrôler les ressources allouées au diagnostic et au traitement du sida. De même, les activités de prévention menées en milieu scolaire peuvent tirer avantage d'une estimation détaillée en vue de calculer les dépenses réelles découlant des activités de riposte au sida. Dans le cadre de certaines actions élargies de riposte au sida, il se peut que les dépenses soient engagées en dehors du système de santé.

La Grille nationale de financement offre une description plus détaillée de la situation de chaque pays, très utile pour la prise des décisions tant à l'échelon national que mondial.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

National AIDS Spending Assessment (NASA): classification, taxonomy and definitions. Genève, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>) :

UNFPA/ONUSIDA/NIDI. On trouvera des précisions relatives aux enquêtes sur les flux de ressources, les instruments utilisés par les enquêtes, des échantillons et d'autres précisions sur cet outil de recherche sur www.resourceflows.org.

Banque mondiale/OMS/USAID. *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé. Cette publication ainsi que d'autres outils relatifs aux enveloppes nationales pour la santé et les comptes sida sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/nha>.

USAID, Health Systems 20/20 et ONUSIDA. *Linking NASA and NHA concepts and mechanics*. Genève, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>):

OBJECTIF 7. ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES

7.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois

7.1 Prévalence de la violence des partenaires intimes récents

Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence de la violence des partenaires intimes contre les femmes (et constitue une estimation approximative de l'inégalité des sexes).

On définit le « partenaire intime » comme le partenaire avec lequel la personne habite ou a habité, en étant mariés ou non. La violence peut intervenir après leur séparation.

Fondement

À l'échelle mondiale, et en particulier en Afrique subsaharienne, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. Il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur encontre. Les études menées dans de nombreux pays indiquent que de très nombreuses femmes ont subi des violences, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie. Les études menées au Rwanda, en Tanzanie et en Afrique du Sud montrent que les femmes ayant été victimes de violence ont jusqu'à trois fois plus de risques d'être exposées au VIH que les autres.

Numérateur : Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement ou ayant eu un partenaire intime, qui déclarent être ou avoir été victime de violences physiques ou sexuelles de la part d'au moins un de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont actuellement ou ont eu un partenaire intime.

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes de population déjà utilisées par les États membres, telles que les enquêtes de l'OMS qui portent sur plusieurs pays, les DHS/AIS (module violence domestique) et les International Violence Against Women Surveys (IVAWS).
La collecte de données sur la violence contre les femmes requiert des méthodologies particulières conformes aux normes de déontologie et de sécurité, afin de préserver la sécurité des répondantes tout en optimisant la validité et la fiabilité des données.

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation :

- Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)
- Statut VIH (si disponible)

Explication du numérateur

Les femmes âgées de 15 à 49 ans déjà mariées ou ayant un partenaire incluent les femmes ayant été mariées et ayant eu un partenaire intime. On définit le « partenaire intime » comme le partenaire avec lequel la personne habite ou a habité, en étant mariés ou non. On demande à ces femmes si elles ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire

intime masculin au cours des 12 derniers mois. On identifie les violences physiques ou sexuelles en demandant à une femme si un partenaire intime a agi de la manière suivante :

- l'a giflée ou lui a lancé quelque chose qui pouvait la blesser
- l'a bousculée ou l'a poussée
- l'a frappée avec le poing ou quelque chose qui pouvait la blesser
- lui a donné un coup de pied, l'a traînée ou l'a battue
- l'a étranglée ou l'a brûlée
- l'a menacée ou a utilisé un pistolet, un couteau ou une autre arme contre elle
- l'a physiquement forcée à avoir un rapport sexuel contre sa volonté
- l'a forcée à un acte sexuel qu'elle a trouvé dégradant ou humiliant
- l'a menacée pour qu'elle ait des rapports sexuels avec lui

Il faut inclure dans le numérateur les personnes faisant état d'au moins un incident correspondant à l'un de ces éléments au cours des 12 derniers mois.

Explication du dénominateur

Nombre total de femmes interrogées de 15 à 49 ans et qui ont ou ont eu un partenaire intime

Atouts et faiblesses

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la réduction de la proportion de femmes ayant récemment subi des violences de la part de leur partenaire intime (VPI). Cet indicateur offre également une approximation pour évaluer l'inégalité des sexes. Toute variation de prévalence pour les violences récentes indique un changement au niveau de l'inégalité des sexes, qui est l'un des facteurs structurels influençant l'épidémie de VIH. La VPI va clairement à l'encontre de l'égalité des sexes : dans les pays où cette VPI est élevée, l'égalité des sexes, le taux d'éducation des femmes, leur santé reproductive et leurs droits sont largement négligés.

Cet indicateur vise la VPI récente de manière à suivre et évaluer les progrès réalisés dans le temps. La prise en compte de violences plus anciennes donnerait un indicateur qui évolue peu dans le temps, quels que soient les programmes mis en place, puisque le numérateur inclurait alors une femme à partir du moment où elle appartient à la tranche d'âge visée. Il n'est pas possible de réduire de manière durable les VPI sans changement fondamental des mentalités et des relations hommes-femmes dans les foyers et les communautés, sans respect des droits légaux et humains des femmes, et sans réduction des inégalités de sexe dans l'accès aux soins médicaux, à l'éducation et aux ressources économiques et sociales. La présence d'hommes dans les disciplines liées à la santé reproductive et en pédiatrie est également essentielle. Ainsi, toute évolution de cet indicateur relatif à la VPI indique une évolution dans le statut et le traitement des femmes au sein d'une société, à même de réduire, directement et indirectement, le risque d'infection par le VIH.

Néanmoins, même en respectant les directives déontologiques et de sécurité de l'OMS et en conduisant les interviews dans un cadre approprié, certaines femmes n'oseront pas s'exprimer. Les estimations n'offriront donc qu'une image atténuée des violences ayant réellement lieu au sein de la population interrogée.

Le lien complexe qui existe entre la violence contre les femmes et le VIH a été illustré à travers un examen complet des données actuelles et de l'expérience acquise dans le développement et la mise en œuvre d'interventions et de stratégies. Depuis plus de dix ans, des recherches menées dans le monde entier ont démontré le lien indéniable qui existe entre la violence contre les femmes et le VIH. Elles indiquent par ailleurs que cette violence est à la fois un facteur contribuant à l'infection et une conséquence de l'infection. Différents mécanismes directs et indirects entrent en jeu. Par exemple :

- la peur peut empêcher les femmes d'insister pour qu'un partenaire masculin qu'elles suspectent d'être séropositif au VIH utilise un préservatif ;
- la peur peut empêcher les femmes de révéler leur séropositivité au VIH ou de chercher à se faire soigner ;
- la pénétration vaginale forcée augmente la probabilité de transmission du VIH ;
- le viol est l'une des formes que prend cette violence et peut aboutir à une infection à VIH, bien qu'il ne s'agisse que d'une minorité de cas ; et
- le viol, comme toute autre maltraitance physique ou sexuelle, peut aboutir à une détresse psychologique conduisant à des comportements sexuels à risque favorisant l'infection par le VIH.

Informations supplémentaires

Investir dans l'égalité des sexes : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles. Présentation UNIFEM, octobre 2010. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.

Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Genève, Organisation mondiale de la santé.

Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: a systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.

Gender-based violence and HIV. Cambridge, MA, Program on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, 2009.

Maman S et al. (2000) The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 2000, 50 : 459–478.

OBJECTIF 8. ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

8.1 *Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*

8.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH

Objet

Cet indicateur évalue les progrès dans la réduction des attitudes et politiques discriminatoires

Fondement

Les discriminations constituent une violation des droits de l'homme et sont interdites par le droit international des droits de l'homme ainsi que par la plupart des constitutions. Dans le contexte du VIH, un individu peut faire l'objet de discriminations, c'est-à-dire d'un traitement injustifié (y compris par omission) en raison de sa séropositivité au VIH, réelle ou perçue. Ces discriminations augmentent les risques et privent les individus de leurs droits, ce qui a pour effet de nourrir l'épidémie de VIH.

Cet indicateur ne constitue pas une mesure directe des discriminations, mais plutôt une mesure des attitudes discriminatoires susceptibles de résulter de certains comportements (ou omissions). L'une des données qui entrent dans le calcul de cet indicateur évalue le soutien potentiel apporté par les répondants aux discriminations qui interviennent au sein d'une institution ; l'autre évalue le distancement social et les comportements induits par des préjugés. D'une manière générale, cet indicateur constitue une mesure de l'ampleur des préjugés et discriminations potentielles induits par le VIH au sein du grand public. Il peut améliorer la compréhension des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus adoptant des attitudes discriminatoires, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales, et (3) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

Numérateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant répondu « oui » ou « cela dépend » à l'une des questions

Dénominateur : Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Cet indicateur est construit à partir des réponses données aux questions suivantes par un échantillon du grand public ayant entendu parler du VIH :

- Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne porteuse du VIH ? Oui - Non - Cela dépend - Je ne sais pas / Indécis(e)¹
- Pensez-vous que les enfants séropositifs au VIH devraient pouvoir être scolarisés avec les autres enfants ? Oui - Non - Cela dépend - Je ne sais pas / Indécis(e)

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans

Ventilation : Les réponses pour chacune des questions (basées sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus des réponses de l'indicateur composite.

Explication du numérateur

Il faut exclure du numérateur et du dénominateur les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida. Les personnes qui répondent « Je ne sais pas / Indécis(e) » et celles qui refusent de répondre doivent également être exclues de l'analyse.

Il importe d'évaluer la proportion de ces répondants. Lorsque celle-ci est élevée, la précision des résultats s'en trouvera réduite. Cela peut également indiquer certains problèmes liés à la question posée proprement dite dans le contexte où l'enquête est menée.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes et politiques discriminatoires

La question relative à l'achat de légumes frais est pour ainsi dire identique à celle utilisée dans le cadre des enquêtes DHS visant à évaluer la tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH, ce qui permet un suivi continu de l'évolution des tendances. Il s'agit d'une amélioration par rapport aux mesures de tolérance précédemment utilisées, l'indicateur étant applicable à travers un large éventail de cultures, que la prévalence du VIH soit élevée ou faible, et quels que soient les niveaux de revenus dans le pays considéré. Les données qui entrent dans le calcul de cet indicateur ainsi que l'indicateur lui-même ne reposent pas sur l'observation par le répondant d'actes de discrimination ouverte à l'encontre de personnes vivant avec le VIH, car dans de nombreux contextes, de tels actes sont rares et difficiles à caractériser et quantifier. Il s'agit plutôt d'évaluer les attitudes des individus, qui peuvent jouer un rôle plus direct dans les comportements adoptés.

Les questions recommandées évaluent l'assentiment du répondant face à des situations hypothétiques plutôt que de s'intéresser à des cas de discrimination dont ce dernier aurait été témoin. Un certain biais de « bienséance sociale » peut donc conduire à une sous-estimation des attitudes discriminatoires. Il n'existe aucun mécanisme analysant la fréquence des discriminations ou leur gravité.

La mesure de la prévalence des attitudes discriminatoires au sein d'une communauté doit si possible être complétée par la collecte de données qualitatives concernant la cause des discriminations. Il serait également judicieux de régulièrement collecter des informations auprès des personnes vivant avec le VIH concernant leur expérience de la stigmatisation et des discriminations via le PLHIV Stigma Index process (www.stigmaindex.org) et de comparer les résultats obtenus avec les données de l'indicateur couvrant les attitudes discriminatoires.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations concernant la stigmatisation et les discriminations, ainsi que les efforts visant à mesurer leur prévalence, veuillez vous reporter aux sources suivantes :

Thematic Segment on Non-Discrimination, 31^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Note de documentation.

(www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)

Stangl, A., Brady, L., Fritz, K. *Technical Brief: Measuring HIV Stigma and Discrimination*. Washington DC and London: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine; STRIVE, 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).

Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L. et al. *A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come?* Journal of the International AIDS Society. 2013, vol 16 Supplement (www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464).

www.stigmaactionnetwork.org

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS, veuillez consulter le site www.measuredhs.com.

Observation spécifique au rapport 2014 :

- Puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur, il est probable que la plupart des États membres ne seront pas en mesure de transmettre des données concernant ce dernier en 2014.
- Les États membres sont donc invités à répondre à la version précédente de la question n°1 : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne porteuse du virus du sida ? » Cette question a été régulièrement posée dans le cadre d'enquêtes DHS dans de nombreux pays.
- Pour les rapports ultérieurs, les États membres devront fournir des données exhaustives pour cet indicateur.

Observation spécifique au rapport 2014 :

- Puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur, il est probable que la plupart des États membres ne seront pas en mesure de transmettre des données concernant ce dernier en 2014.
- Les États membres sont donc invités à répondre à la version précédente de la question n°1 : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne porteuse du virus du sida ? » Cette question a été régulièrement posée dans le cadre d'enquêtes DHS dans de nombreux pays.
- Pour les rapports ultérieurs, les États membres devront fournir des données exhaustives pour cet indicateur.

OBJECTIF 9. ÉLIMINER LES RESTRICTIONS EN MATIÈRE DE DÉPLACEMENT

Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise.

OBJECTIF 10. RENFORCER L'INTÉGRATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

*10.1 Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans**

10.2 Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre

10.1 Assiduité des orphelins à l'école

Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins (de 10 à 14 ans, en âge de fréquenter les écoles primaires et secondaires)

Objet

Il mesure les progrès réalisés afin d'éviter la défavorisation des enfants rendus orphelins par rapport aux enfants non orphelins en matière de scolarisation.

Cet indicateur est divisé en deux parties afin de permettre des comparaisons entre les orphelins et non orphelins :

Partie A : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires.

Partie B : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Fondement

Chez les adultes, les décès liés au sida surviennent au moment de leur vie où ils sont en train de former une famille et d'élever des enfants. L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue, deux facteurs susceptibles de compromettre les chances d'un enfant de parvenir au terme de sa scolarité et qui peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il importe donc de suivre la mesure dans laquelle les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

Numérateur :	Partie A : Nombre d'enfants de 10 à 14 ans ayant perdu leurs deux parents et qui fréquentent un établissement primaire ou secondaire Partie B : Nombre d'enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec l'un d'entre eux et qui fréquentent un établissement primaire ou secondaire
Dénominateur :	Partie A : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents Partie B : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux
Calcul :	Pour les parties A et B : Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Pour tout enfant de 10 à 14 ans en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire et vivant dans un foyer, les questions suivantes sont posées à un membre du foyer : 1. La mère biologique de cet enfant est-elle toujours en vie ? Si oui, vit-elle sous votre toit ? 2. Le père biologique de cet enfant est-il toujours en vie ? Si oui, vit-il sous votre toit ? 3. Cet enfant a-t-il fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire ?
Fréquence de mesure :	De préférence tous les deux ans Minimum : tous les 4 à 5 ans
Ventilation :	■ Sexe

Explication du numérateur

La définition de l'âge de fréquentation de l'école primaire ou secondaire doit concorder avec la définition de l'UNESCO ainsi qu'avec le mode de calcul d'autres indicateurs spécifiques à l'éducation tels que les taux nets de scolarisation et d'assiduité à l'école primaire et dans le secondaire pour chaque État membre. Les populations en âge de fréquenter les écoles primaires et secondaires peuvent légèrement varier d'un pays à l'autre. C'est pourquoi cet indicateur emploie les termes « en âge de fréquenter l'école primaire » et « en âge de fréquenter l'école secondaire », tels qu'ils sont actuellement appliqués dans les instruments de mesure normalisés internationaux, notamment dans les principaux programmes d'enquêtes tels que les DHS ou les MICS, pour permettre à chaque pays d'appliquer ses propres tranches d'âge de fréquentation des écoles primaires et secondaires. Le point important est de comparer l'assiduité scolaire des enfants orphelins et des non orphelins dans les écoles primaires et secondaires plutôt que par tranches d'âge.

Atouts et faiblesses

Les définitions relatives à l'enfant orphelin et à l'enfant non orphelin utilisées ici, c'est-à-dire relatives aux enfants âgés de 10 à 14 ans lors de leur dernier anniversaire dont les deux parents sont décédés / sont encore en vie, ont été élaborées afin de permettre l'identification et le suivi du désavantage résultant du statut d'orphelin. On utilise la tranche d'âge 10-14 ans parce que dans le cas des orphelins plus jeunes, il est probable que les parents soient décédés très récemment et que tout effet préjudiciable sur leur éducation n'ait pas eu le temps de se matérialiser. Toutefois, les orphelins sont en général plus âgés que les enfants qui ont encore leurs parents (car les parents des enfants plus jeunes sont généralement infectés par le VIH depuis moins longtemps) et les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'avoir déjà quitté l'école.

Les données utilisées pour mesurer cet indicateur proviennent le plus souvent d'enquêtes sur les ménages. Les enfants non couverts par ces enquêtes, par exemple, parce qu'ils vivent dans des institutions ou dans la rue, sont en général moins bien lotis et plus susceptibles d'être orphelins. L'indicateur tendra donc à sous-estimer la défavorisation des orphelins en matière de scolarisation.

L'indicateur ne fait pas de distinction entre les enfants dont les parents sont morts du sida et ceux qui ont perdu leurs parents pour d'autres raisons. Dans les pays où l'épidémie est peu importante ou encore à ses débuts, les orphelins auront pour la plupart perdu leurs parents en raison de causes non liées au VIH. Toute différence dans la prise en charge des orphelins selon la cause connue ou suspectée du décès de leurs parents pourrait influencer les tendances de l'indicateur. À ce jour, peu d'éléments indiquent toutefois l'existence de telles différences.

L'indicateur ne fournit aucune information sur le nombre réel d'enfants orphelins. La restriction aux orphelins des deux parents âgés de 10 à 14 ans signifie que les estimations s'appuieront sur un faible nombre d'enfants dans les pays où l'épidémie est peu importante ou encore à ses débuts.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter le site suivant :

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres

Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre

Objet

Il mesure les progrès réalisés dans l'apport d'un soutien économique externe aux foyers les plus pauvres affectés par le VIH et le sida.

Fondement

Le soutien économique (qui se concentre en particulier sur l'assistance sociale et les aides financières) pour les foyers pauvres affectés par le VIH demeure une priorité première pour bon nombre de programmes de soins et d'accompagnement. Cet indicateur reflète l'engagement international croissant pour une protection sociale tenant compte du VIH. Il part du principe que les foyers devraient constituer le principal élément d'analyse étant donné que de multiples services de soins et d'accompagnement sont dirigés au niveau des foyers. Le suivi de la couverture des foyers où vivent des orphelins et figurant dans le quintile le plus pauvre reste une priorité en matière de développement.

Numérateur : Nombre de foyers les plus pauvres ayant reçu une quelconque forme de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois

On définit le *soutien économique externe* comme une aide économique libre (subventions en espèces, aide pour les frais de scolarité, soutien matériel pour l'éducation, aide à la création de revenus en espèces ou en nature, aide alimentaire fournie au niveau du foyer, ou aide matérielle ou financière pour se loger) issue d'une source autre que les amis, la famille ou les voisins, à moins qu'ils travaillent pour un groupe ou une organisation représentant les collectivités locales. Il est plus probable que cette source soit le gouvernement ou une organisation de la société civile.

Dénominateur : Nombre total de foyers les plus pauvres

On définit les *foyers les plus pauvres* comme les foyers qui se situent dans le quintile le plus pauvre. Les États membres doivent utiliser la définition et la méthode d'évaluation exactes de cet indicateur afin de permettre un suivi standardisé des progrès dans le cadre des rapports d'activité à l'échelle nationale et mondiale. Cela permettra de suivre les évolutions et d'effectuer des comparaisons entre pays. Les États membres peuvent toutefois ajouter ou exclure localement d'autres catégories (par exemple, d'autres quintiles de richesse) selon les besoins du pays eu égard à la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux.

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Une évaluation de la richesse du foyer (à travers les biens qu'il possède) est réalisée lors de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse le plus bas pour identifier les 20 % de foyers les plus pauvres. Étant donné qu'il n'est pas possible d'identifier les foyers les plus pauvres au moment de la collecte de données, les questions relatives au soutien économique devraient toutefois être posées dans tous les foyers. Seuls ceux qui font partie du quintile de richesse le

plus bas seront inclus dans l'indicateur.

Dans le cadre d'une enquête auprès des ménages, une liste des membres de chaque ménage indiquant leur âge doit être utilisée, afin d'identifier tous les foyers comprenant des enfants de moins de 18 ans et des orphelins, au cours de l'année qui précède l'enquête. Les foyers qui répondent à ces critères seront ensuite interrogés au sujet des types de soutien économique qu'ils ont reçu au cours des trois derniers mois, ainsi que la source primaire de cette aide.

Les questions suivantes sont posées au répondant ou au chef du foyer sur le type de soutien économique externe qu'il a reçu au cours des 3 derniers mois.

Votre foyer a-t-il bénéficié de l'une des formes suivantes de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois :

- a) Virement (par exemple, retraites, pensions d'invalidité, bourse pour un enfant, à adapter selon le contexte national)
- b) Aide pour les frais de scolarité
- c) Aide matérielle pour l'éducation (par exemple, uniformes, livres scolaires, etc.)
- d) Aide à la création de revenus en espèces ou en nature, par exemple, des intrants agricoles
- e) Aide alimentaire fournie au foyer ou dans une institution externe (par exemple, à l'école)
- f) Aide matérielle ou financière pour se loger
- g) Autre forme de soutien économique (préciser)

Une évaluation de la richesse du foyer (en évaluant les biens qu'il possède) est réalisée au moment de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse au niveau duquel il sera possible d'évaluer la mesure dans laquelle les foyers les plus pauvres bénéficient d'un soutien externe.

Fréquence de mesure :

Tous les 4 à 5 ans

Ventilation :

Il est recommandé de ventiler cet indicateur par type de support économique externe afin de suivre les différents types de soutien économique apportés, en particulier afin de distinguer l'accès à une assistance sociale gratuite comme les transferts d'argent liquide (qui s'adressent en général aux foyers pauvres où le taux de chômage est élevé) et les aides financières qui s'adressent en général aux foyers pauvres qui sont moins touchés par le chômage. Il est également recommandé de ventiler l'indicateur selon qu'un foyer compte ou non un orphelin, étant donné que le fait d'être orphelin demeure un déterminant principal de la vulnérabilité, en particulier pour ce qui est de l'accès aux services. Lorsque cela est possible, les données doivent aussi être ventilées par zone de résidence rurale ou urbaine. Pour les États membres qui intègrent des données sur les foyers appartenant à d'autres quintiles de richesse, l'indicateur peut également être comparé à d'autres quintiles de richesse afin de déterminer si le soutien économique externe atteint le quintile inférieur, par rapport aux quintiles supérieurs.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur apporte de nouvelles preuves de la nécessité d'accorder une attention plus grande à la richesse pour évaluer les vulnérabilités. Il démontre également que cibler la pauvreté extrême dans les contextes de forte prévalence du VIH garantit une bonne couverture des foyers pauvres affectés par le VIH. Les indicateurs d'approximation de l'impact du sida (par exemple, la

« maladie chronique ») montrent fréquemment une relation faible avec le VIH et les troubles du développement, et se sont révélés difficiles à définir dans les questionnaires destinés aux foyers.

Cet indicateur illustre l'évolution du soutien économique apporté aux foyers les plus pauvres. Dans les contextes de forte prévalence, en particulier, la majorité d'entre eux est susceptible d'être affectée par le VIH. Cet indicateur démontre également les changements dans les modalités du soutien externe (par exemple, espèces, nourriture, moyens d'existence) dont les foyers les plus pauvres bénéficient.

Cet indicateur n'évalue pas directement le soutien économique apporté aux foyers infectés et affectés par le VIH, ce qui est difficile à établir pendant une enquête, mais il suggère implicitement que les foyers du quintile de richesse le plus bas vivant dans un contexte de forte prévalence sont plus touchés par le VIH et le sida, et requièrent une aide économique. Pour que l'évaluation demeure aussi simple que possible, cet indicateur ne cherche pas à identifier les différentes sources de soutien apporté aux foyers, mais cela pourrait en partie apparaître dans les Estimations nationales des dépenses relatives au sida (NASA).

La collecte de données grâce à des enquêtes de population, en particulier les DHS et les MICS, signifie que cet indicateur ne tient pas compte du statut des personnes qui ne vivent pas dans un foyer, tels les enfants de la rue, les enfants qui vivent dans des institutions ainsi que les populations déplacées au sein de leur pays. Il est nécessaire de mener des enquêtes séparées pour suivre la couverture des populations vulnérables de ce type.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter le site suivant :

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

Politiques gouvernementales de riposte au VIH et au sida

Objet

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans le développement et la mise en œuvre de politiques, stratégies et lois nationales visant la riposte au VIH et au sida.

Fondement

Cet indicateur suit les progrès réalisés dans l'implémentation des lois, réglementations et politiques requises en vue d'une riposte efficace au VIH.

Méthode

d'évaluation :

Engagements et moyens d'action nationaux (voir annexe 3)

Le questionnaire afférent aux NCPI se subdivise en deux parties qui couvrent les domaines suivants :

Partie A pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux.

La partie A couvre les éléments suivants :

- I. Plan stratégique
- II. Soutien politique et leadership
- III. Droits de l'homme
- IV. Prévention
- V. Soins et soutien
- VI. Suivi et évaluation

Partie B pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU.

La partie B couvre les éléments suivants :

- I. Implication de la société civile²
- II. Soutien politique et leadership
- III. Droits de l'homme
- IV. Prévention
- V. Soins et soutien

Certaines questions figurent à la fois dans les parties A et B afin de veiller à obtenir les perspectives des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, que celles-ci soient ou non concordantes.

Fréquence de mesure :

Tous les deux ans. Les informations afférentes aux NCPI seront idéalement complétées dans les trois mois précédant la transmission du rapport (c'est-à-dire entre janvier 2014 et mars 2014 pour le rapport 2014). Étant donné la diversité des intervenants à consulter, il importe de prévoir un temps suffisant pour la collecte des données et leur consolidation.

Méthodes

Chaque section doit être complétée sur base (a) d'une recherche documentaire adéquate et (b) d'interviews auprès des intervenants clés maîtrisant la matière concernée. Il importe de transmettre des informations complètes concernant les Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI). Assurez-vous d'examiner les réponses standardisées pertinentes et de fournir des informations supplémentaires dans les zones réservées aux observations lorsque vous y êtes invité. Ceci améliorera la compréhension de la situation de chaque pays, permettra le partage des bonnes pratiques et fera apparaître les éventuels points à améliorer. Les NCPI reflètent le cadre global d'une riposte nationale au VIH, en termes de politique, de stratégie, de dispositions légales et de mise en œuvre des programmes. Les zones réservées aux observations vous permettent de signaler les éventuelles questions jugées importantes, mais insuffisamment couvertes par les questions prévues, par exemple, certaines variations importantes à l'échelon infranational ou le degré de mise en œuvre des stratégies, politiques, lois ou réglementations. Vous pouvez également y introduire des explications ou des commentaires concernant la source des données. D'une manière générale, les stratégies, politiques ou lois encore à l'état de projet sont considérées comme inexistantes, puisqu'il n'y a pas lieu de s'attendre à une quelconque influence de ces dernières sur la mise en œuvre des programmes. Par conséquent, les questions portant sur un domaine dont la prise en charge se trouve encore à l'état de projet doivent recevoir une réponse négative. Il serait toutefois utile d'indiquer que cette prise en charge est effectivement à l'état de projet dans les zones réservées aux observations.

Bien que la responsabilité de l'envoi des données consolidées afférentes aux NCPI incombe au gouvernement national, l'assistance de coordinateurs techniques pour la collecte, la consolidation et la validation des données est fortement recommandée. La communication d'informations précises concernant les NCPI exige l'implication de toute une série d'intervenants, notamment des représentants d'organisations de la société civile. Il est fortement recommandé (a) d'organiser un atelier initial avec les principaux intervenants afin de convenir du processus de collecte des données afférentes aux NCPI (supports pertinents pour la recherche documentaire, intervenants à interroger, processus de détermination des réponses définitives, etc.) et du calendrier à respecter et (b) d'organiser un atelier final avec les principaux intervenants afin de présenter, analyser et valider les informations obtenues avant de les soumettre dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Pour les questions qui figurent à la fois dans les parties A et B, les éventuelles divergences d'opinion entre les intervenants ne doivent pas nécessairement être résolues. Il s'agit simplement de vérifier que les intervenants ayant respectivement contribué à répondre aux questions de ces deux parties sont d'accord avec la formulation définitive des informations avant de soumettre ces dernières.

Lorsque cela n'est pas déjà fait, il est utile de rassembler tous les documents clés (c'est-à-dire, les politiques, les stratégies, les lois, les directives, les rapports, etc.) qui couvrent la riposte au VIH en un seul endroit (par exemple, un site Internet) afin de permettre un accès aisé à ces derniers pour l'ensemble des intervenants. Ceci facilitera la validation des réponses données concernant les NCPI et surtout, fera connaître ces documents importants et encouragera l'utilisation dans la mise en œuvre de la riposte nationale au VIH.

Atouts et faiblesses

Le questionnaire NCPI est l'outil standardisé le plus complet disponible pour l'évaluation des politiques, des stratégies, des dispositions légales et de la mise en œuvre des programmes dans le cadre de la riposte au VIH. Bien que le terme « indicateur » soit employé pour faire référence aux NCPI, il ne s'agit pas à proprement parler d'un indicateur. L'importance des NCPI réside dans le processus de collecte des données et de réconciliation de ces dernières entre différents intervenants, dans l'analyse détaillée des réponses données et dans leur utilisation en vue de renforcer la riposte nationale au VIH. Il s'agit d'une opportunité unique pour les divers intervenants d'évaluer les progrès réalisés et de discuter des actions encore à mener pour une riposte au VIH efficace et efficiente. Dans le cadre d'une véritable collaboration où les différentes perspectives sont représentées et respectées, ce processus peut jouer un rôle important dans le renforcement de la collaboration au sein d'un pays et d'une responsabilisation partagée vis-à-vis de la riposte au VIH.

Il importe d'analyser les données pour chaque section des NCPI et de rédiger un descriptif dans la section correspondante du Rapport d'activité national afin de présenter les progrès réalisés (a) dans le développement des politiques, des stratégies et des lois, et (b) dans la mise en œuvre de ces dernières afin d'appuyer la riposte nationale au VIH. Des commentaires concernant les concordances ou discordances de perspectives soulevées par les questions figurant à la fois dans les parties A et B doivent également être prévus, de même qu'une analyse de tendance pour les données clés afférentes aux NCPI des années précédentes, lorsque celles-ci sont disponibles.

ANNEXES

Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national

Annexe 2. Grille de financement nationale 2014

Annexe 3. Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Annexe 4. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national

Annexe 5. Sélection bibliographique

Annexe 6. Indicateurs sur la circoncision masculine

Annexe 7. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation

Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national

Voici un modèle complet pour la section descriptive du Rapport d'activité national ainsi que des instructions détaillées permettant de la compléter. Il est fortement recommandé de soumettre les données afférentes aux indicateurs via l'outil de reporting en ligne.

RAPPORT D'ACTIVITÉ NATIONAL

[Pays]

Date d'envoi : veuillez indiquer la date d'envoi officielle du rapport national à l'ONUSIDA.

Sommaire

I. Instantané de la situation

Instructions : cette section doit présenter une brève synthèse des éléments ci-dessous.

- (a) Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport
- (b) Statut de l'épidémie
- (c) Politiques et programmes de riposte
- (d) Tableau des indicateurs

II. Descriptif de l'épidémie

Instructions : Cette section doit présenter en détail la situation dans le pays, notamment la prévalence du VIH, pour la période comprise entre janvier 2012 et décembre 2013, sur base des informations de la surveillance sentinelle et d'études spécifiques. La source des informations doit systématiquement être indiquée.

III. _____ Riposte nationale au sida

Instructions : Cette section doit présenter les évolutions intervenues dans les engagements nationaux et la mise en œuvre des programmes en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien, dans les connaissances et les comportements, ainsi que dans l'allègement des impacts de l'épidémie pour la période comprise entre janvier 2012 et décembre 2013.

Il convient de spécifiquement aborder les relations qui existent entre le contexte politique, la mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, les évolutions vérifiables du comportement et la prévalence du VIH sur base des différents indicateurs. Lorsque cela est pertinent, ces données doivent également être présentées et analysées en fonction du sexe et de la tranche d'âge. Les États membres doivent également utiliser les données afférentes aux Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) (voir annexe 3) afin de décrire les progrès réalisés dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies, et prévoir une analyse de tendance pour les données clés afférentes aux NCPI des années précédentes, lorsqu'elles sont disponibles. Les États membres sont également encouragés à soumettre toute information complémentaire propre à éclairer leur analyse et leur interprétation des données envoyées.

IV. Bonnes pratiques

Instructions : Cette section doit présenter des exemples détaillés des bonnes pratiques nationales dans un ou plusieurs domaines clés, par exemple, le leadership politique, les politiques favorables, l'extension des programmes de prévention efficaces, l'extension des programmes de soins, de traitement et de soutien, le suivi et l'évaluation, le développement des moyens, et le développement des infrastructures. L'objectif de cette section est le partage des expériences avec les autres pays.

V. Principaux défis et solutions

Instructions : Cette section est consacrée :

- (a) aux progrès réalisés face aux défis soulignés dans le Rapport d'activité national 2012 ou dans les rapports intermédiaires de suivi de la Déclaration politique établis par de nombreux pays en 2013, le cas échéant ;
- (b) aux défis rencontrés tout au long de la période étudiée (2012-2013), qui ont généralement entravé la riposte nationale, et la réalisation des objectifs en particulier ; et
- (c) aux solutions concrètes planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus.

VI. Soutien des partenaires au développement (le cas échéant)

Instructions : cette section est consacrée (a) aux principaux soutiens reçus des partenaires au développement et (b) aux actions à mener par ces derniers afin de garantir la réalisation des objectifs.

VII. Suivi et évaluation

Instructions : cette section doit présenter (a) le système de suivi et d'évaluation actuellement en place, (b) les défis rencontrés dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation, (c) les solutions planifiées afin de surmonter ces défis et

(d) les éventuels besoins en termes d'assistance technique et de développement des moyens pour le suivi et l'évaluation. Pour l'élaboration de cette section, les États membres doivent s'appuyer sur les Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) (voir annexe 3).

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation / préparation pour le rapport national de suivi des progrès dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement dans la riposte au VIH/sida

ANNEXE 2 : Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Veuillez soumettre votre Rapport d'activité national pour le 31 mars 2014 au plus tard à l'aide de l'outil de reporting recommandé.

Veuillez adresser toute demande de renseignements afférente au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde au secrétariat de l'ONUSIDA, à l'adresse AIDSreporting@unaids.org

Annexe 2. Grille de financement nationale 2014

Note d'envoi

Prière de remplir et de soumettre la Grille nationale de financement.

Pays:

Personne à contacter auprès du Conseil ou de l'Autorité national(e) de riposte au sida (ou de l'organe équivalent) :

Nom : _____ Titre : _____

Coordonnées du Conseil ou de l'Autorité national(e) de riposte au sida (ou de l'organe équivalent) :

Adresse : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Cycle de rapports 2011 : année civile _____ ou exercice financier _____

Cycle de rapports 2012 : année civile _____ ou exercice financier _____

Cycle de rapports 2013 : année civile _____ ou exercice financier _____

Pour un cycle correspondant à un exercice financier, veuillez indiquer les mois/année de début et les mois/année de fin : de ____ / ____ à ____ / ____

Devise locale :

Taux de change moyen avec le dollar US au cours du cycle d'établissement des rapports : 2011 : ____ / 2012 : ____ / 2013 : ____

Méthodologie :

Veuillez indiquer la méthodologie (évaluation des dépenses nationales consacrées à la riposte au sida, dépenses nationales de santé ou enquêtes sur les flux de ressources) qui vous a permis d'aboutir aux données saisies dans la Grille nationale de financement.

Veuillez également préciser les modalités d'accès au rapport complet exposant la méthodologie retenue.

Dépenses non répertoriées :

Veuillez indiquer si des dépenses pour des activités dans une quelconque des catégories ou sous-catégories de dépenses relatives au sida ne figurent pas dans la Grille nationale de financement et expliquer pourquoi elles ont été exclues.

Les pays ayant soumis des données pour 2011 et/ou 2012 dans leur dernier rapport (RARSM 2013) ne doivent pas les réintroduire, sauf si certaines données étaient manquantes, incomplètes ou ont été modifiées à la lumière d'informations supplémentaires. Dans ce cas, les données saisies dans le dernier rapport (RARSM 2013) seront remplacées dans notre base de données par celles soumises en 2014.

2011 : _____

2012 : _____

2013 : _____

Aide budgétaire : L'aide budgétaire provenant d'une source internationale (par exemple, d'un donateur bilatéral) figure-t-elle dans les sous-catégories Centrale/nationale et/ou Locale à la rubrique Sources publiques de financement ?

2011 : ____ Oui ____ Non / 2012 : ____ Oui ____ Non / 2013 : ____ Oui ____ Non

Grille nationale de financement pour les dépenses relatives au sida – 2014

Généralités

L'indicateur portant sur les dépenses relatives au sida est utilisé pour évaluer l'objectif n°6 de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 : « Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales consacrées à la lutte contre le VIH et le sida (entre 22 et 24 milliards de dollars) dans les pays à revenu faible et intermédiaire ». Les dépenses relatives au sida sont rapportées en remplissant la Grille nationale de financement : dépenses consacrées à la riposte au sida par catégories et sources de financement. Cette grille permet l'enregistrement des dépenses relatives au sida sous huit catégories réparties selon trois sources de financement. Cet indicateur fournit des informations cruciales utiles aux niveaux national et mondial dans le cadre de la riposte au sida. La Grille nationale de financement a été conçue de façon à être compatible avec différents systèmes de collecte et de suivi des données, à savoir l'estimation nationale des ressources et des dépenses de la riposte au sida (NASA), les dépenses nationales de santé et les enquêtes sur les flux de ressources, ce qui permet de transférer aisément ces informations dans la grille. Pour les pays utilisant la NASA, la grille est précisément l'un des résultats de cet instrument (les pays intéressés par la mise en œuvre de la NASA sont encouragés à contacter l'ONUSIDA pour de plus amples informations sur cet instrument).

Structure de la grille

La Grille nationale de financement est composée de deux éléments principaux :

- Les catégories de dépenses affectées à la riposte au sida (comment les fonds alloués à la riposte nationale sont-ils dépensés).
- Les sources de financement (d'où proviennent les fonds alloués à la riposte nationale).

Il y a huit catégories de dépenses relatives au sida : prévention ; soins et traitement ; orphelins et enfants vulnérables ; renforcement des systèmes et gestion des programmes ; programmes d'incitation pour les ressources humaines ; protection sociale et services sociaux (à l'exclusion des orphelins et des enfants vulnérables) ; environnement propice et développement communautaire ; recherche.

Chacune des catégories de dépenses comprend de multiples sous-catégories (91 pour l'ensemble des huit catégories). Toutes les catégories et sous-catégories sont exclusivement consacrées à la riposte au sida. Ainsi, les dépenses reprises dans la rubrique Environnement propice et développement communautaire seront exclusivement attribuables à la riposte au sida.

La prévention est la plus importante catégorie, avec 22 sous-catégories, allant du conseil et du test volontaire à la sécurité transfusionnelle, en passant par le marketing social des préservatifs ; les sept autres catégories de dépenses ont chacune moins de 10 sous-catégories. L'objectif de ces catégories et sous-catégories est d'aider les gouvernements à ventiler leurs dépenses de la manière la plus rationnelle et la plus cohérente possible. Comme indiqué plus haut, la grille a été conçue de façon à être compatible avec les systèmes courants de collecte et de suivi des données afin de réduire la charge que l'établissement des rapports constitue pour les gouvernements.

On dénombre trois grands groupes de sources de financement : publiques nationales, internationales, et privées nationales (facultatif pour les données destinées au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde).

Comme pour les catégories de dépenses, les sources de financement ont de multiples sous-catégories. Les sources publiques en ont quatre : nationales/centrales, infranationales, prêts remboursables des banques de développement et toutes autres sources publiques. Les sources internationales en ont six : PEPFAR, autres sources bilatérales, agences de l'ONU, Fonds mondial, subventions non remboursables des banques de développement et toutes autres sources internationales. Les sources privées ont deux sous-catégories : entreprises et consommateurs / débours directs. *(Remarque : les données concernant les sources privées ne sont pas obligatoires pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Toutefois, les États membres sont vivement encouragés à recueillir et à transmettre les données disponibles dans ce domaine).*

Instructions

- Le Conseil national de riposte au sida ou l'organe équivalent doit nommer un coordonnateur technique pour gérer la collecte et la saisie des données dans la Grille nationale de financement. Ce coordonnateur doit posséder une bonne connaissance des instruments et des technologies utilisés couramment dans le pays pour la collecte de ce type de données financières (notamment l'estimation nationale des ressources et des dépenses de riposte au sida, les dépenses nationales de santé et les enquêtes sur les flux de ressources). Il est également recommandé que le coordonnateur prenne contact avec d'autres personnes en charge du suivi des ressources nationales, par exemple, auprès du ministère de la santé, et qui s'occupent du relevé des dépenses relatives au VIH. L'objectif est de s'entendre sur les estimations nationales relatives aux dépenses consacrées à la lutte contre le VIH et d'éviter les initiatives faisant double emploi.

- Les États membres sont priés d'entrer dans la Grille nationale de financement des données aussi détaillées que possible, notamment des données ventilées par catégories et sous-catégories applicables de dépenses relatives à la riposte au sida et de sources de financement. Il convient de désigner clairement toute catégorie ou sous-catégorie qui est applicable au pays ; les explications concernant des catégories ou sous-catégories ne faisant pas l'objet d'une estimation pour toute autre raison doivent figurer dans la note d'envoi.
- Les données financières figurant dans la grille doivent correspondre à des dépenses réelles et ne doivent pas inclure des montants n'ayant pas été avalisés en tant que dépenses réelles ni correspondre à des engagements. Les dépenses réelles doivent correspondre à/aux année(s) civile(s) ou d'exercice financier de 2011, 2012 et/ou 2013 (lorsque les données sont disponibles).
- Le total de chaque poste budgétaire doit inclure le financement provenant de toutes les sources énumérées dans ce poste. En outre, il doit y avoir un total partiel pour chacune des huit catégories de dépenses relatives au sida reproduisant tous les financements de toutes les sources pour toutes les sous-catégories d'une catégorie donnée.
- Les montants figurant dans toutes les catégories et sous-catégories doivent être exprimés en devise locale ou en USD. Lorsque la devise locale est utilisée, il convient de mentionner le taux de change par rapport au dollar US pour l'année civile ou financière pour laquelle le rapport est établi (voir la note d'envoi de la Grille nationale de financement en page 118).
- Les libellés des catégories et sous-catégories de dépenses parlent d'eux-mêmes. Les dépenses qui ne correspondent à aucune des sous-catégories doivent être placées dans la catégorie Autres/Non classées ailleurs qui apparaît dans chacune des huit catégories de dépenses relatives au sida. (On trouvera une description détaillée des catégories et sous-catégories dans la publication de l'ONUSIDA intitulée *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*, dont la référence figure ci-dessous).
- Chaque dépense ne doit figurer que dans une catégorie ou sous-catégorie et ne doit jamais être comptée deux fois. Par exemple, les dépenses relatives à des activités en faveur des orphelins et enfants vulnérables ne devraient pas figurer une deuxième fois sous Protection sociale et services sociaux.
- Les libellés des catégories et sous-catégories des sources de financement parlent d'eux-mêmes. Les données qui ne correspondent à aucune sous-catégorie doivent être placées dans la sous-catégorie Toutes autres catégories qui figure dans les Sources publiques et les sources internationales. Veuillez noter que la liste des catégories et sous-catégories des sources de financement n'est pas exhaustive ; toutefois, elle donne une excellente idée des principales sources de financement.
- Les financements apparaissant dans les sous-catégories Centrale/nationale et infranationale de la rubrique Sources publiques mentionneront seulement les revenus générés par le gouvernement et alloués à la riposte au sida. Ils ne doivent comprendre aucun financement d'aide au développement d'origine internationale, quel qu'il soit ; l'unique exception envisageable serait l'aide budgétaire d'organisations donatrices que l'on ne peut distinguer du revenu intérieur. S'il est possible d'identifier le montant total de l'aide budgétaire, il doit figurer dans les sous-catégories appropriées des sources internationales (Autres sources bilatérales, par exemple). Si une aide budgétaire est incluse dans les sous-catégories centrale/nationale ou infranationale, veuillez le mentionner dans la note d'envoi (voir ci-dessus).
- Le financement fourni par une banque de développement doit être désigné soit comme Remboursable (prêts, par exemple) et placé dans les Sources publiques, soit comme Non remboursable (subventions, par exemple) et placé dans les Sources internationales. Les pays à qui les banques de développement fournissent aussi bien des prêts que des subventions doivent veiller à inscrire ces fonds dans les catégories appropriées
- Les financements octroyés par des donateurs bilatéraux particuliers ne doivent pas être ventilés par institution donatrice dans la grille de financement, à l'exception du PEPFAR.
- Les financements octroyés par des fondations internationales doivent être inscrits dans la catégorie Internationale, sous Toutes autres sous-catégories. Les fonds reçus de fondations nationales doivent être inscrits dans la catégorie Publique sous Toutes autres sous-catégories.
- Il n'est pas obligatoire de fournir des informations sur le financement provenant de sources privées. Toutefois, les États membres sont vivement encouragés à recueillir et à transmettre les données disponibles dans ce domaine de sorte à donner un tableau plus complet des fonds disponibles pour la riposte au sida.
- Populations clés à haut risque : tous les programmes ciblant les populations à haut risque, lesquels incluent les activités visant à réduire les risques, la sensibilisation (y compris par les pairs), les conseils et le dépistage volontaires et confidentiels du VIH, et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle (notamment les préservatifs, la prévention et le traitement des MST) ainsi que les programmes relatifs au développement et à l'acquisition des compétences pour favoriser un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être identifiés et classés de manière croisée dans la catégorie de dépenses liées au sida qui correspond : ASC.01.08
Programmes de prévention pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ; ASC.01.09 Programmes de prévention pour les

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) ou ASC.01.10 Programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables (CDI).

- Tous les programmes ciblant les autres populations spécifiques (par exemple, les groupes indigènes, les migrants/les populations mobiles, les militaires, la police et les autres services en uniformes, etc.), lesquels incluent les activités visant à réduire les risques, la sensibilisation (y compris par les pairs), les conseils et le dépistage volontaires et confidentiels du VIH, et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle (notamment les préservatifs, la prévention et le traitement des MST) ainsi que les programmes relatifs au développement et à l'acquisition des compétences pour favoriser un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être identifiés et classés de manière croisée dans la catégorie de dépenses liées au sida qui correspond : *ASC.01.04 Réduction du risque - populations vulnérables accessibles.*
- Programmes ciblant les populations dans leur ensemble : tous les programmes ciblant la population dans son ensemble, lesquels incluent les activités visant à réduire les risques, la sensibilisation (y compris par les pairs), les conseils et le dépistage volontaires et confidentiels du VIH, et la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle (notamment les préservatifs, la prévention et le traitement des MST) ainsi que les programmes relatifs au développement et à l'acquisition des compétences pour favoriser un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être identifiés et classés de manière croisée dans la catégorie de dépenses liées au sida qui correspond : *ASC.01.01 Communication : changement social et comportemental, ASC.01.02 Mobilisation communautaire, ASC.01.03 Conseils et test volontaires (CTV), ASC.01.12 Marketing social des préservatifs, ASC.01.13 Distribution de préservatifs masculins par les secteurs public et privé et ASC.01.14 Distribution de préservatifs féminins par les secteurs public et privé.*
- Mesures d'incitation pour les ressources humaines : ces dépenses visent à garantir la disponibilité de ressources humaines pour la riposte au sida. Les mesures d'incitation pour les ressources humaines font référence à la formation, au maintien, au déploiement et à la récompense d'un travail de qualité réalisé par des personnels de santé et des cadres œuvrant dans le domaine du VIH. Elles visent donc uniquement à inclure les mesures d'incitations supplémentaires qui poursuivent ce but. Le coût direct associé aux ressources humaines est inclus dans les coûts de chacune des autres catégories de dépenses. Par exemple, les ressources humaines sont comptabilisées au sein des coûts unitaires des interventions relatives à la prévention et au traitement - *ASC.01 Prévention et ASC.02 Soins et traitement* - et, lorsque les ressources humaines sont concernées en dehors de la prestation de soins, elles sont également incluses dans les coûts du programme - *ASC.04 (Gestion des programmes)*. Le salaire d'un médecin peut ainsi être comptabilisé dans l'intervention d'un programme où ce médecin intervient directement. Seule la mesure d'incitation financière supplémentaire pour le médecin, afin qu'il travaille dans une zone géographique spécifique ou qu'il travaille sur le VIH, doit être classée dans la catégorie *ASC.05 Mesures d'incitation pour les ressources humaines*. Les mesures d'incitation pour les ressources humaines couvrent principalement les infirmières et les médecins.
- Dans la colonne des sources privées correspondant aux entreprises, il faut énumérer, par société, les fonds dépensés dans le pays dans les différentes catégories et sous-catégories des dépenses relatives au sida ; la colonne adjacente consacrée aux Consommateurs/débours directs doit énumérer les fonds dépensés par les particuliers et/ou les familles dans les sous-catégories et catégories des dépenses relatives au sida. Remarque : il est fort probable que la plupart des entrées de la colonne Consommateurs/débours directs appartiennent aux catégories Soins et traitement ainsi qu'à un certain nombre de catégories et sous-catégories de la Prévention.
- Si le pays dispose d'un programme Dépenses nationales de santé, il devrait mettre en œuvre un NASA-NHA Crosswalk (Passerelle NASA-NHA) pour remplir la Grille de financement à l'aide des résultats des comptes auxiliaires du NHA-sida. Le document *Linking NASA and NHA Concepts and Mechanics* est un guide complet montrant comment faire correspondre les catégories de dépenses des comptes auxiliaires du NHA-sida à la Grille nationale de financement. Les États membres peuvent contacter la personne chargée du suivi et de l'évaluation du bureau de l'ONUSIDA dans le pays ou l'Équipe chargée du suivi et de l'analyse de la riposte au siège de l'ONUSIDA à Genève.
- Les États membres travaillant à partir d'une Enquête sur les flux de ressources peuvent avoir la possibilité d'établir une corrélation de l'information entre les totaux partiels de l'enquête et les huit catégories de dépenses relatives au sida se trouvant dans la Grille nationale de financement.
- Les versions électroniques du document *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessment et du National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions* peuvent être téléchargées à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/nasapublications/>. Une version électronique de la grille peut être téléchargée au format Excel à partir du même site.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA recommande vivement que le Comité national de riposte au sida ou l'organe équivalent organise un atelier d'un jour permettant aux parties prenantes concernées de passer en revue la Grille nationale de financement avant que celle-ci ne soit soumise dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Les

parties concernées sont les ministères et départements fédéraux et les instances gouvernementales, provinciales et régionales, les organisations civiles locales et internationales, les institutions multilatérales, les donateurs bilatéraux, les fondations et les entités commerciales, ainsi que les représentants de toutes autres initiatives pertinentes de suivi des ressources .

La Grille nationale de financement est disponible sur le site de l'outil de reporting en ligne (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Une fois remplie, la Grille nationale de financement doit être soumise par le biais de l'outil de reporting en ligne du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

Si vous n'avez pas accès à cet outil, veuillez soumettre la Grille nationale de financement par courriel à l'ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org).

Grille de financement nationale 2014

	TOTAL (Devise locale)	Central / National	Infra-national	Banques dev. remboursable (ex. prêts)	Sécurité sociale	Toutes autres sources publiques	PEPFAR	Autres contributions bilatérales directes	Agences de l'ONU	Fonds Mondial	Banques dev. non remboursable (ex. subventions)	Toutes autres sources Multilatérales	Institutions à but lucratif / Entreprises	Fonds des ménages	Autres sources privées
1. Prévention (total partiel)															
1.01 Communication : changement social et comportemental (BCC)															
1.02 Mobilisation sociale et communautaire															
1.03 Conseil et test volontaires (CTV)															
1.04 Réduction du risque et prévention : populations vulnérables accessibles															
1.05 Prévention - Jeunes scolarisés															
1.06 Prévention - Jeunes non scolarisés															
1.07 Prévention de la transmission du VIH au sein de populations vivant avec le VIH															
1.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients															
1.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM)															
1.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)															
1.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail															
1.12 Marketing social des préservatifs															
1.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial															
1.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial															
1.15 Microbicides															
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)															
1.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTE)															
1.19 Sécurité transfusionnelle															
1.20 Injections médicamenteuses sûres															
1.21 Précautions universelles															
1.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)															
1.23 Prophylaxie avant-exposition (nouvelle catégorie pour le RARSM 2014)															
1.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité															
1.99 Activités de prévention, non classifiées ailleurs (n.c.a.)															

Annexe 3. Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) 2014

PAYS :

Nom du contact responsable des NCPI au sein du comité national de riposte au sida, auquel il est possible d'adresser d'éventuelles questions :

Adresse postale :

Tél. :

Fax :

Courriel :

Date d'envoi :

Instructions

Le questionnaire NCPI évalue les progrès réalisés dans le développement et la mise en œuvre de politiques, stratégies et lois nationales visant la riposte au VIH. Il fait partie intégrante des indicateurs de base et doit être complété et envoyé dans le cadre du Rapport d'activité national 2014.

Il s'agit de la sixième version du questionnaire NCPI et de la seconde révision depuis la modification du libellé (*National Commitments and Policy Instrument* et non plus *National Composite and Policy Index*). Depuis 2012, le questionnaire NCPI a été mis à jour afin de refléter les nouvelles orientations des programmes de riposte au VIH et reprend des questions concernant l'intégration des questions liées au VIH qui figuraient dans le questionnaire spécial 2013 du RARSM (partie AI). Les questions sont en majorité identiques aux années précédentes afin de permettre l'analyse des tendances. Il est fortement conseillé aux États membres de mener une analyse des tendances et d'inclure une description des progrès réalisés (a) dans le développement des politiques, stratégies et lois et (b) dans la mise en œuvre de ces dernières en vue d'appuyer la riposte nationale au VIH. Des commentaires concernant les concordances ou discordances de perspectives soulevées par les questions figurant à la fois dans les parties A et B doivent également être prévus, de même qu'une analyse de tendance pour les données clés afférentes aux NCPI, lorsque celles-ci sont disponibles¹.

I. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire NCPI comprend deux parties.

Partie A pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux

La partie A couvre les éléments suivants :

- I. Plan stratégique
- II. Soutien politique et leadership
- III. Droits de l'homme
- IV. Prévention
- V. Soins et soutien
- VI. Suivi et évaluation

Partie B pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU.

La partie B couvre les éléments suivants :

- I. Implication de la société civile
- II. Soutien politique et leadership
- III. Droits de l'homme
- IV. Prévention
- V. Soins et soutien

Certaines questions figurent à la fois dans les parties A et B afin de veiller à obtenir les perspectives des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, que celles-ci soient ou non concordantes.

Pour les questions qui se rapportent aux populations clés à risque face au VIH (désignées ci-dessous comme les « populations clés ») et aux autres populations vulnérables, la définition suivante est appliquée : les populations clés sont définies comme celles qui risquent le plus de contracter et transmettre le VIH dans un contexte épidémiologique donné, et qui présentent des taux de mortalité et/ou de morbidité plus élevés. Elles disposent de plus généralement d'un accès significativement plus limité que le reste de la population aux services requis. En fonction de la maladie et du contexte national, certains groupes de populations peuvent nécessiter une attention particulière, par exemple, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les membres de la communauté transgenre et les personnes vivant avec le VIH. D'autres populations susceptibles d'être vulnérables face au VIH sont les femmes et les filles, les client(e)s des professionnel(le)s du sexe, les détenus, les réfugiés, les immigrants ou les populations déplacées internes, les adolescents, les jeunes, les enfants vulnérabilisés et les orphelins, les personnes handicapées, les minorités ethniques, les personnes à faible revenu, les personnes vivant dans des zones rurales ou géographiquement isolées ou d'autres groupes spécifiques au contexte national.

Il importe de transmettre des informations complètes concernant les Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI). Assurez-vous d'examiner les réponses standardisées pertinentes et de fournir des informations supplémentaires dans les zones réservées aux observations lorsque vous y êtes invité. Ceci améliorera la compréhension de la situation de chaque pays, permettra le partage des bonnes pratiques et fera apparaître les éventuels points à améliorer. Les NCPI reflètent le cadre global d'une riposte nationale au VIH, en termes de politique, de stratégie, de dispositions légales et de mise en œuvre des programmes. Les zones réservées aux observations vous permettent de signaler les éventuelles questions jugées importantes, mais insuffisamment couvertes par les questions prévues, par exemple, certaines variations importantes à l'échelon infranational ou le degré de mise en œuvre des stratégies, politiques, lois ou réglementations. Vous pouvez également y introduire des explications ou des commentaires concernant la source des données. D'une manière générale, les stratégies, politiques ou lois encore à l'état de projet sont considérées comme inexistantes, puisqu'il n'y a pas lieu de s'attendre à une quelconque influence de ces dernières sur la mise en œuvre des programmes. Par conséquent, les questions portant sur un domaine dont la prise en charge se trouve encore à l'état de projet doivent recevoir une réponse négative. Il serait toutefois utile d'indiquer que cette prise en charge est effectivement à l'état de projet dans les zones réservées aux observations.

La responsabilité globale du collationnement et de l'envoi des informations requises concernant les NCPI incombe au gouvernement, à travers les membres du comité national de riposte au sida (ou de l'organe équivalent).

II. ÉTAPES PROPOSÉES POUR LA COLLECTE ET LA VALIDATION DES DONNÉES

Les informations afférentes aux NCPI seront idéalement complétées dans les trois mois précédant la transmission du rapport (c'est-à-dire entre janvier 2014 et mars 2014 pour le rapport 2014). Étant donné la diversité des intervenants à consulter, il importe de prévoir un temps suffisant pour la collecte des données et leur consolidation.

1. Désignation de deux coordinateurs techniques (un pour la partie A et un pour la partie B)

Les coordinateurs techniques doivent assumer la responsabilité de la recherche documentaire, de la conduite des interviews requises, du rassemblement des intervenants pertinents, et du collationnement et de la consolidation des

données NCPI. De préférence, le coordinateur technique pour la partie A sera un membre du Comité national de riposte au sida ou de l'organe équivalent et le coordinateur technique pour la partie B sera une personne extérieure au gouvernement (le plus souvent issue de la société civile). Ils auront idéalement une bonne compréhension des politiques nationales et de l'environnement légal, une expérience en matière de suivi et d'évaluation, et une bonne connaissance des principaux intervenants de la riposte nationale VIH.

2. Adoption d'un processus de collecte et de validation des données NCPI de commun accord avec les divers intervenants

La communication d'informations précises concernant les NCPI exige l'implication de toute une série d'intervenants, notamment des représentants d'organisations de la société civile. Il est fortement recommandé d'organiser un atelier initial avec les principaux intervenants afin de convenir du processus de collecte des données afférentes aux NCPI (supports pertinents pour la recherche documentaire, intervenants à interroger, processus de détermination des réponses définitives et calendrier).

3. Obtention des données

Les données NCPI soumises doivent représenter l'image la plus récente des politiques, des stratégies et de l'environnement légal. Étant donné la diversité des intervenants à consulter, il importe de prévoir un temps suffisant pour la collecte des données et leur consolidation avant l'envoi final à l'ONUSIDA.

Chaque section doit inclure les tâches suivantes :

(i). Recherche documentaire.

Lorsque cela n'est pas déjà fait, il est utile de rassembler tous les documents clés (c'est-à-dire, les politiques, les stratégies, les lois, les directives, les rapports, etc.) qui couvrent la riposte au VIH en un seul endroit (par exemple, un site Internet) afin de permettre un accès aisé à ces derniers pour l'ensemble des intervenants. Ceci facilitera la validation des réponses données concernant les NCPI et surtout, fera connaître ces documents importants et encouragera l'utilisation dans la mise en œuvre de la riposte nationale au VIH.

(ii). Interview (ou autre approche efficace d'obtention des informations) des intervenants clés maîtrisant les domaines concernés, notamment :

- *Concernant les plans stratégiques et le soutien politique* : Le directeur ou le directeur adjoint du programme national de riposte au sida, du comité national de riposte au sida ou de l'organe équivalent, les responsables des programmes de riposte au sida au niveau provincial et des districts (ou à un niveau décentralisé équivalent).
- *Concernant le suivi et l'évaluation* : Responsable du suivi et de l'évaluation au sein du comité national de riposte au sida ou de l'organe équivalent, ministère de la santé, point focal pour le VIH au sein d'autres ministères, groupe de travail technique national pour le suivi et l'évaluation.
- *Concernant les droits de l'homme* : Fonctionnaires du ministère de la justice et commissaires aux droits de l'homme pour les questions de la partie A. Représentants des organisations et réseaux défenseurs des droits de l'homme et autres organisations de la société civile, notamment les représentants de réseaux de personnes vivant avec le VIH et de populations clés ou vulnérables, et centres et institutions d'aide juridique travaillant dans le domaine du VIH pour les questions de la partie B
- *Concernant la participation de la société civile* : Principaux représentants des grandes organisations de la société civile travaillant dans le domaine du VIH. Ceux-ci incluent plus particulièrement les représentants des réseaux de personnes vivant avec le VIH, et des populations clés ou vulnérables.
- *Concernant la prévention, le traitement, les soins et le soutien* : Ministères et principales agences / organisations de mise en œuvre dans ces domaines, notamment les ONG et les réseaux de personnes vivant avec le VIH.

Veillez noter que les personnes interrogées doivent répondre aux questions en tant que représentants de leurs institutions ou de leurs électeurs, et non formuler leurs perspectives personnelles.

4. Validation, analyse et interprétation des données

Lorsque le questionnaire NCPI est entièrement complété, les coordinateurs techniques doivent examiner soigneusement l'ensemble des réponses afin de déterminer si des consultations supplémentaires ou l'examen d'autres documents sont nécessaires.

Il importe d'analyser les données pour chaque section des NCPI et de rédiger un descriptif dans le Rapport d'activité national afin de présenter les progrès réalisés (a) dans le développement des politiques, des stratégies et des lois, et (b) dans la mise en œuvre de ces dernières afin d'appuyer la riposte nationale au VIH. Des commentaires concernant les concordances ou discordances de perspectives soulevées par les questions figurant à la fois dans les parties A et B doivent également être prévus, de même qu'une analyse de tendance pour les données clés afférentes aux NCPI, lorsque celles-ci sont disponibles.

Il est fortement conseillé d'organiser un atelier final avec les principaux intervenants afin de présenter, analyser et valider les réponses au questionnaire NCPI et le descriptif des conclusions avant de les soumettre. Les représentants des organisations de la société civile travaillant dans le domaine du VIH seront invités à participer. Ceux-ci incluent plus particulièrement les représentants des réseaux de personnes vivant avec le VIH, et des populations clés ou vulnérables. Il importe également que des personnes possédant une expertise en matière d'égalité des sexes de même que concernant les populations clés soient impliquées dans le processus d'analyse et de validation. Idéalement, l'atelier examinera les résultats du dernier rapport en soulignant les évolutions survenues et en se concentrant sur la validation des données NCPI. Pour les questions qui figurent à la fois dans les parties A et B, les éventuelles divergences d'opinion entre les intervenants ne doivent pas nécessairement être résolues. Il s'agit simplement de vérifier que les intervenants ayant respectivement contribué à répondre aux questions de ces deux parties sont d'accord avec la formulation définitive des informations avant de soumettre ces dernières. En l'absence d'un quelconque mécanisme en ce sens, l'atelier peut également offrir l'opportunité de débattre d'une poursuite de la collaboration entre les intervenants afin de prendre en charge les lacunes identifiées à travers le questionnaire NCPI.

5. Saisie et envoi des données

Veuillez soumettre les données NCPI définitives pour le 31 mars 2014 au plus tard à l'aide du logiciel spécialement fourni à cet effet sur le site Internet du rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (www.unaids.org/AIDSReporting). Lorsque cela n'est pas possible, une version électronique du questionnaire complété doit être soumise en annexe du Rapport d'activité national pour le 15 mars 2014 afin de permettre la saisie manuelle des données à Genève.

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Processus de collecte de validation des données

Décrire le processus utilisé pour la collecte et la validation des données NCPI :

**Décrire le processus utilisé pour la résolution des éventuels désaccords
concernant certaines questions spécifiques :**

**Souligner les points d'attention éventuels concernant les données NCPI définitives soumises
(par exemple, concernant la qualité des données, d'éventuelles incompréhensions des questions, etc.) :**

Répondants NCPI

[Veuillez indiquer les informations requises pour **tous** les répondants dont les interventions ont été prises en compte pour compléter le questionnaire NCPI. Vous pouvez ajouter autant de lignes que vous le souhaitez.]

NCPI - Partie A [pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux]

Organisation	Noms / Positions	Répondants de la partie A [indiquer les sections pour lesquelles chaque répondant a été interrogé]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI

Ajouter les coordonnées de tous les répondants.

NCPI - PARTIE B

[pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU]

Organisation	Noms / Positions	Répondants de la partie B [indiquer les sections pour lesquelles chaque répondant a été interrogé]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V

Ajouter les coordonnées de tous les répondants.

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie A

[pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Le pays a-t-il développé une stratégie multisectorielle de riposte au VIH ?

(Les stratégies multisectorielles doivent notamment inclure celles développées par les ministères, par exemple, ceux repris au point 1.2).

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quelle est la période couverte [veuillez compléter].

--

--

SI OUI, veuillez décrire brièvement les principaux développements intervenus par rapport à la stratégie précédente.

SI NON ou SI PAS APPLICABLE, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

SI OUI, compléter les questions 1.1 à 1.10 ; **SI NON**, passer à la question 2.

--

1.1. Quels ministères ou agences gouvernementaux assument la responsabilité globale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie multisectorielle nationale de riposte au VIH ?

Ministères ou agences gouvernementaux [veuillez compléter].

1.2. Quels secteurs sont inclus dans cette stratégie multisectorielle et disposent d'un budget spécifique couvrant le VIH pour les actions menées ?

SECTEURS	Inclus dans la stratégie		Budget réservé	
Éducation	Oui	Non	Oui	Non
Santé	Oui	Non	Oui	Non
Travail	Oui	Non	Oui	Non
Défense / Police	Oui	Non	Oui	Non
Sécurité sociale ²	Oui	Non	Oui	Non
Transports	Oui	Non	Oui	Non
Femmes	Oui	Non	Oui	Non
Jeunes	Oui	Non	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non	Oui	Non
	Oui	Non	Oui	Non

SI AUCUN budget n'est réservé à certains ou à l'ensemble des secteurs ci-dessus,
veuillez expliquer les sources de financement utilisées afin de garantir la mise en œuvre de leurs actions

1.3. La stratégie multisectorielle prend-elle en compte les populations clés ou vulnérables, les contextes et les problématiques croisées suivantes ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Couples à problèmes	Oui	Non
Personnes âgées	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables ³	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations vulnérables ⁴	Oui	Non
CONTEXTES		
Prisons	Oui	Non
Écoles	Oui	Non
Lieu de travail	Oui	Non
PROBLÉMATIQUES CROISÉES		
Stigmatisation et la discrimination	Oui	Non
Autonomisation des sexes et/ou égalité des sexes	Oui	Non
VIH et pauvreté	Oui	Non

Protection des droits de l'homme	Oui	Non
Implication des personnes vivant avec le VIH	Oui	Non

SI NON, expliquer comment les populations clés ont été identifiées ?

--

1.4. Quelles sont les populations clés et vulnérables identifiées dans le pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH ?

Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations clés ou vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

1.5. Le pays dispose-t-il d'une stratégie de prise en compte des questions liées au VIH dans le cadre des services nationaux en uniforme (militaires, police, gardiens de la paix, personnel pénitentiaire, etc.) ?

Oui	Non
-----	-----

1.6. La stratégie multisectorielle comporte-t-elle un plan opérationnel ?

Oui	Non
-----	-----

1.7. Les éléments suivants sont-ils inclus dans la stratégie multisectorielle ou dans le plan opérationnel ?

a) Objectifs formels du programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
b) Objectifs ou jalons clairs ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
c) Coût détaillé de chaque domaine couvert par le programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
d) Indication des sources de financement qui appuient la mise en œuvre du programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
e) Règles de suivi et d'évaluation ?	Oui	Non	Ne s'applique pas

1.8. Le pays veille-t-il à la pleine implication et participation de la société civile⁵ dans le développement de la stratégie multisectorielle ?

Implication active	Implication modérée	Pas d'implication
--------------------	---------------------	-------------------

SI L'IMPLICATION EST ACTIVE, expliquez brièvement comment celle-ci est organisée.

--

SI NON ou SI L'IMPLICATION EST MODÉRÉE, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

1.9. La stratégie multisectorielle a-t-elle été adoptée par la plupart des partenaires externes au développement (organisations bilatérales et multilatérales) ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

1.10. Les partenaires externes au développement ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes couvrant le VIH en fonction de la stratégie multisectorielle nationale ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires	Non	Ne s'applique pas
------------------------------	------------------------------	-----	-------------------

SI NON OU SI CERTAINS PARTENAIRES l'ont fait, veuillez expliquer brièvement pour quels domaines il n'y a pas eu d'alignement / harmonisation et pourquoi.

2.1. Le pays a-t-il intégré le VIH dans les plans de développement spécifiques suivants ?

PLANS SPÉCIFIQUES DE DÉVELOPPEMENT			
Évaluation nationale commune / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui	Non	Ne s'applique pas
Plan de développement national	Oui	Non	Ne s'applique pas

Stratégie de réduction de la pauvreté	Oui	Non	Ne s'applique pas
Plan stratégique national de protection sociale	Oui	Non	Ne s'applique pas
Approche sectorielle	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non	Ne s'applique pas
	Oui	Non	Ne s'applique pas

2.2. SI OUI, les domaines suivants spécifiques au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs plans de développement ?

DOMAINES LIÉS AU VIH INCLUS DANS UN OU			
Élimination du droit punitif	Oui	Non	Ne s'applique pas
Allègement des impacts du VIH (notamment soins palliatifs pour adultes et enfants)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction des inégalités entre les sexes (eu égard aux liens avec la prévention du VIH, le traitement, les soins et/ou le	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction des inégalités de revenus (eu égard aux liens avec la prévention du VIH, le traitement, les soins et/ou le soutien)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	Oui	Non	Ne s'applique pas
Traitement, soins et soutien (notamment protection sociale ou autres programmes)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autonomisation économique des femmes (par exemple, accès au crédit, à la terre, à la formation)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non	Ne s'applique pas

3. Le pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socio-économique dans une perspective de planification ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

- 3.1. SI OUI, dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 ou zéro signifie « Largement » et 5 signifie « Faiblement », cette évaluation a-t-elle permis d'éclairer les décisions d'allocation des ressources ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

4. Le pays dispose-t-il d'un plan de renforcement du système de santé ?

Oui ?
Veuillez inclure des informations expliquant l'impact sur les infrastructures liées au VIH, sur les ressources humaines et les moyens, ainsi que sur les systèmes logistiques pour l'approvisionnement en médicaments.

5. Les établissements médicaux fournissent-ils des services pour le VIH qui sont intégrés à d'autres services médicaux ?

Domaine	Beaucoup	Quelques-uns	Aucun
a) Conseil et test VIH intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive			
b) Conseil et test VIH intégrés aux services pour la tuberculose			
c) Conseil et test VIH intégrés aux services ambulatoires généraux			
d) Conseil et test VIH intégrés aux services pour les maladies chroniques non transmissibles			
e) Thérapie antirétrovirale et tuberculose			
f) Thérapie antirétrovirale et services ambulatoires généraux			
g) Thérapie antirétrovirale et maladies chroniques non transmissibles			
h) PTME et soins prénataux / santé de la mère et de l'enfant			
i) Autres commentaires sur la prise en compte du VIH			

6. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de planification stratégique dans votre pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH en 2013 ?

Très										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

Un soutien politique solide signifie des dirigeants gouvernementaux et politiques qui s'expriment régulièrement concernant le VIH et le sida, et démontrent leur leadership de différentes manières, par l'allocation de budgets nationaux pour le soutien des programmes de riposte au VIH et par l'utilisation efficace des services gouvernementaux et des organisations de la société civile en vue de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires suivants s'expriment-ils publiquement et favorablement concernant les efforts de riposte au VIH dans le cadre des principaux forums nationaux, et ce au moins deux fois l'an ?

A. Ministres

Oui	Non
-----	-----

B. Autres hauts fonctionnaires au niveau infranational

Oui	Non
-----	-----

1.1. Au cours des 12 derniers mois, le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont-ils entrepris des actions démontrant leur leadership dans la riposte au VIH ?

(Par exemple, promesse de ressources supplémentaires afin de rectifier des faiblesses identifiées dans la riposte au VIH, intervention dans le cadre d'une conférence nationale ou internationale majeure où le VIH est présenté comme une question liée aux droits de l'homme, et activités telles que la visite d'une clinique proposant des services aux personnes atteintes du VIH, etc.)

Oui	Non
-----	-----

Veuillez brièvement décrire des exemples de situations où le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont démontré leur leadership.

2. Le pays dispose-t-il d'un organe de coordination multisectoriel officiellement reconnu pour les questions liées au VIH (c'est-à-dire, un comité national pour la riposte au VIH ou un organe équivalent) ?

Oui	Non
-----	-----

SI NON, veuillez expliquer brièvement pourquoi et comment les programmes de riposte au VIH sont gérés.

2.1. SI OUI :

SI OUI , cet organe de coordination national multisectoriel pour les questions liées au VIH :		
Dispose-t-il de règles de référence ?	Oui	Non
Dispose-t-il d'une implication active et d'un leadership au sein du	Oui	Non
Dispose-t-il d'un président officiel ?	Oui	Non
SI OUI , quel est son nom et l'intitulé de sa fonction ?		
Dispose-t-il de plusieurs membres ?	Oui	Non
SI OUI , quel est leur nombre ?		
Compte-t-il des représentants de la société civile parmi ses	Oui	Non
SI OUI , quel est leur nombre ?		
Compte-t-il des personnes vivant avec le VIH parmi ses membres ?	Oui	Non
SI OUI , quel est leur nombre ?		
Compte-t-il des représentants du secteur privé parmi ses membres ?	Oui	Non
Renforce-t-il la coordination des donateurs afin d'éviter les financements parallèles et les efforts redondants dans le cadre des	Oui	Non

3. Le pays dispose-t-il d'un mécanisme favorisant les interactions entre le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur privé pour la mise en œuvre des stratégies et programmes de riposte au VIH ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

SI OUI, veuillez brièvement décrire les principales réalisations.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

4. Quel pourcentage du budget national alloué au VIH a été consacré à des actions mises en œuvre par la société civile au cours de l'année écoulée ?

%

5. Quel type de soutien le comité national de riposte au VIH ou l'organe équivalent apporte-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre d'actions liées au VIH ?

Développement des moyens	Oui	Non
Coordination avec les autres partenaires de mise en œuvre	Oui	Non
Information sur les besoins prioritaires	Oui	Non
Approvisionnement et distribution de médicaments et d'autres	Oui	Non
Encadrement technique	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non

6. Le pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales afin de déterminer celles qui, le cas échéant, sont incohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

6.1. SI OUI, des politiques et des lois ont-elles été modifiées afin de les rendre cohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez indiquer les politiques et les lois modifiées ainsi que la nature des modifications apportées.

--

Veuillez indiquer toute discordance qui subsiste entre des politiques et des lois, et les politiques nationales de contrôle du sida.

--

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellent », comment évalueriez-vous le soutien politique apporté au programme de riposte au VIH en 2013 ?

Très médiocre										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

--

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques ? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés ou vulnérables suivantes.

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI pour la question 1.1. ou 1.2., veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois.

--

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir l'application de ces lois.

--

Veillez brièvement commenter la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle⁶ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

Oui

Non

SI OUI, pour quelles populations clés ou vulnérables ?		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Personnes âgées	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations ⁷ vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

Veillez décrire brièvement le contenu de ces lois, réglementations ou politiques.

Veillez commenter brièvement les obstacles qu'elles constituent.

IV. PRÉVENTION

1. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui favorise la formation, l'éducation et la communication concernant le VIH auprès du grand public ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quels sont les messages clés explicitement véhiculés ?		
Retardement des premiers rapports sexuels	Oui	Non
Adoption d'un comportement sexuel plus sûr	Oui	Non
Lutte contre la violence à l'encontre des femmes	Oui	Non
Renforcement de l'acceptation et de l'implication des personnes	Oui	Non
Plus grande implication des hommes dans les programmes liés à la	Oui	Non
Connaissance du statut VIH pour la population	Oui	Non
Circoncision masculine opérée sous supervision médicale	Oui	Non
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Oui	Non
Promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes	Oui	Non
Réduction du nombre de partenaires sexuels	Oui	Non
Utilisation d'aiguilles et de seringues propres	Oui	Non
Utilisation systématique du préservatif	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non

- 1.2. Au cours de l'année écoulée, le pays a-t-il mis en œuvre une action ou un programme visant à promouvoir l'exactitude des informations diffusées par les médias concernant le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à promouvoir l'intégration du VIH dans le cadre de l'éducation à la vie courante pour les jeunes ?

Oui	Non
-----	-----

2.1.

Le VIH fait-il partie des programmes de formation :		
Des écoles primaires ?	Oui	Non
Des écoles secondaires ?	Oui	Non
Des enseignants ?	Oui	Non

2.2. La stratégie comporte-t-elle

a) *Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge du public visé ?*

Oui	Non
-----	-----

b) Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive soulignant l'égalité des sexes ?

Oui	Non
-----	-----

2.3. Le pays dispose-t-il d'une stratégie d'éducation au VIH pour les jeunes non scolarisés ?

Oui	Non
-----	-----

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie favorisant la formation, l'éducation et la communication ainsi que d'autres interventions préventives pour les populations clés et vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

Veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou stratégie.

--

3.1. SI OUI, quels sont les populations et les éléments de prévention du VIH pris en compte par cette politique ou cette stratégie ?

Veuillez cocher les populations et éléments spécifiques inclus dans cette politique / stratégie.

	CDI ⁸	MSM ⁹	Professionnel(le)s du sexe	Client(e)s des professionnel(le)s du sexe	Détenus	Autres populations ¹⁰ [veuillez compléter]
Promotion de l'utilisation du préservatif						
Traitement de substitution pour les toxicomanes						
Conseil et test VIH						
Remplacement des aiguilles et seringues						
Santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST						
Réduction de la stigmatisation et des discriminations						
Information ciblée pour la réduction des risques et l'éducation au VIH						
Réduction des vulnérabilités (par exemple, génération de revenus)						

3.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts politiques de soutien de la prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

4. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?

Oui

Non

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?

SI OUI, quels sont-ils ?

4.1. Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Promotion de l'utilisation du préservatif	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien économique, par exemple, versement	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH chez les jeunes non scolarisés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH sur le lieu de travail	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication ¹¹ sur la réduction des risques	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH ¹²	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des violences sexistes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention dans le cadre du traitement	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Précautions universelles dans les établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V. SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

--

Identifiez brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de

--

- 1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale pour les patients	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Diagnostic infantile précoce	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien économique	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien familiaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de travail)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH pour les tuberculeux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Soins nutritionnels	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement du sida chez l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins palliatifs pour les enfants et les adultes	1	2	3	4	Ne s'applique pas

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Gestion des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement des affections couramment liées au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

2. Le gouvernement dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie afin d'apporter un soutien socio-économique aux personnes infectées / affectées par le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

Veuillez clarifier les types de soutien socio-économique fournis¹³ :

--

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie pour le développement / l'utilisation des médicaments génériques ou l'importation parallèle de médicaments pour le traitement du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

4. Le pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'approvisionnement pour des produits critiques tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les produits de substitution ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

SI OUI, pour quels produits ?

--

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

6.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable ?

Oui	Non
-----	-----

6.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et enfants vulnérables en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

VI. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Le pays dispose-t-il d'un plan national de suivi et d'évaluation du VIH ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	---------------------------	-----

Veuillez brièvement décrire les éventuels défis qui se posent dans le développement ou la mise en œuvre.

1.1. SI OUI, quelle est la période couverte [veuillez compléter].

1.2. SI OUI, les partenaires clés ont-ils aligné et harmonisé leurs exigences en matière de suivi et d'évaluation (y compris les indicateurs) en fonction du plan national de suivi et d'évaluation ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires	Non	Ne s'applique pas
------------------------------	------------------------------	-----	-------------------

Veuillez décrire brièvement les problèmes qui se posent.

2. Le plan national de suivi et d'évaluation intègre-t-il les éléments suivants ?

Stratégie de collecte des données	Oui	Non
SI OUI , prend-elle en compte les éléments suivants :		
Études comportementales	Oui	Non
Évaluation et recherche	Oui	Non
Surveillance de la résistance aux traitements contre le VIH	Oui	Non
Surveillance du VIH	Oui	Non
Suivi routinier des programmes	Oui	Non

Stratégie d'analyse des données	Oui	Non
Stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui	Non
Série standardisée et clairement définie d'indicateurs ventilés selon le sexe et l'âge lorsque cela est approprié	Oui	Non
Consignes d'utilisation des outils pour la collecte des données	Oui	Non

3. Existe-t-il un budget pour la mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

3.1. SI OUI, quel pourcentage du financement total destiné au programme de riposte au VIH est affecté au suivi et à l'évaluation ?

	%
--	---

4. Existe-t-il une unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

Veuillez décrire brièvement les obstacles éventuels.

4.1. De quelle autorité l'unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation relève-t-elle ?

Ministère de la santé	Oui	Non
Comité national de riposte au VIH ou organe équivalent	Oui	Non
Autre [veuillez compléter].	Oui	Non

4.2. Quel est l'effectif affecté à l'unité fonctionnelle nationale de suivi et d'évaluation et quels sont les types de contrats conclus ?

POSITION [veuillez indiquer les intitulés de fonction]	Temps plein	Temps partiel	Depuis
Personnel permanent [Ajouter autant de lignes que nécessaire]			
	Temps plein	Temps partiel	Depuis
Personnel temporaire [Ajouter autant de lignes que nécessaire]			

4.3. Des mécanismes sont-ils mis en place afin de garantir que tous les partenaires clés transmettent leurs données de suivi et d'évaluation à cette unité afin de les intégrer dans le système national de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

Veillez décrire brièvement les mécanismes de partage des données.

--

Quels sont les principaux défis dans ce domaine ?

--

5. Existe-t-il un comité national de suivi et d'évaluation ou un groupe de travail qui se réunit régulièrement afin de coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

6. Une base de données nationale centralisée existe-t-elle pour les données afférentes au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire brièvement cette base de données et les responsables de sa gestion.

--

6.1. SI OUI, comporte-t-elle des informations concernant la nature, les populations clés visées et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que concernant les organisations qui les mettent en œuvre ?

Oui, tous les éléments ci-dessus	Oui, mais seulement certains des éléments ci-dessus	Non, aucun des éléments ci-dessus
----------------------------------	---	-----------------------------------

SI OUI, mais seulement certains éléments, quels sont les éléments effectivement inclus ?

--

6.2. Existe-t-il un système fonctionnel d'information sur la santé¹⁴ ?

Au niveau national	Oui	Non
Au niveau infranational	Oui	Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ? [veuillez compléter].		

7.1. Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs en antirétroviraux chez l'enfant et l'adulte ?

Estimations des besoins actuels et futurs	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
---	--	-----

7.2. Existe-t-il un suivi de la couverture des programmes de riposte au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

(a) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon le sexe ?

Oui	Non
-----	-----

(b) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon les groupes de population ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, pour quels groupes de population ?

--

Veillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées.

--

(c) La couverture est-elle suivie avec une ventilation par zone géographique ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, à quels niveaux (province, district, autre) ?

Veuillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées.

8. Le pays publie-t-il un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris les données de surveillance du VIH, au moins une fois par an ?

Oui	Non
-----	-----

9. Comment les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées ?

Pour l'amélioration des programmes ?	Oui	Non
Pour le développement et la révision de la riposte nationale au VIH ?	Oui	Non
Pour l'allocation des ressources ?	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].		

Veuillez brièvement fournir des exemples spécifiques de la manière dont les données de suivi et d'évaluation sont utilisées et des principaux défis qui se posent le cas échéant.

10. Au cours de l'année écoulée, une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été menée ?

Au niveau national	Oui	Non
<i>SI OUI</i> , combien de personnes ont été formées ?		
Au niveau infranational ?	Oui	Non
<i>SI OUI</i> , combien de personnes ont été formées ?		
Au niveau des prestataires de services et de la société civile	Oui	Non
<i>SI OUI</i> , quel est leur nombre ?		

10.1. D'autres activités de développement des moyens de suivi et d'évaluation ont-elles été menées en dehors de la formation ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire ces activités.

11. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellente », quelle a selon vous été la qualité du suivi et de l'évaluation du VIH en 2013 ?

Très médiocre											Excellente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie B

[pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU]

I. IMPLICATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE¹⁵

1. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile a-t-elle contribué à renforcer l'engagement politique des principaux leaders et la formulation de stratégies et politiques nationales ?

FAIBLEMENT						LARGEMENT
0	1	2	3	4		5

Commentaires et exemples :

2. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les représentants de la société civile ont-ils été impliqués dans la planification et la budgétisation pour le Plan stratégique national de riposte au VIH ou pour le plan d'action le plus récent (par exemple, en participant à des réunions de planification et à la révision d'avant-projets) ?

FAIBLEMENT						LARGEMENT
0	1	2	3	4		5

Commentaires et exemples :

3. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les services fournis par la société civile en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien sont-ils inclus dans :

a. *La stratégie nationale de riposte au VIH ?*

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. *Le budget national de riposte au VIH ?*

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. *Les rapports nationaux sur le VIH ?*

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

--

4. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile est-elle impliquée dans le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH ?

a. *Développement du plan national de suivi et d'évaluation ?*

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. Participation au Comité national de suivi et d'évaluation / groupe de travail responsable de la coordination des activités de suivi et d'évaluation ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. Participation à l'utilisation des données pour la prise de décision ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

5. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la représentation de la société civile dans les efforts de riposte au VIH est-elle suffisamment diversifiée (par exemple, organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH ou de professionnel(le)s du sexe, organisations représentant les collectivités locales et associations religieuses) ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

6. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile est-elle en mesure d'accéder :

a. À un soutien financier adéquat pour la mise en œuvre de ses activités liées au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. À un soutien technique adéquat pour la mise en œuvre de ses activités liées au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

7. Quel pourcentage des programmes / services suivants est estimé être fourni par la société civile ?

Prévention pour les populations clés				
Personnes vivant avec le VIH	< 25 %	25-50 %	51-75 %	< 75 %
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Consommateurs de drogues injectables	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Professionnel(le)s du sexe	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Communauté transgenre	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Soins palliatifs	< 25 %	25-50%	51-75%	< 75 %
Conseil et test	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Assistance légale et juridique	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Réduction de la stigmatisation et des	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Services cliniques (thérapie	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Soins à domicile	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Programmes pour les OEV*	< 25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %

* OEV = Orphelins et enfants vulnérables

8. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à renforcer la participation de la société civile en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

1. Le gouvernement a-t-il impliqué les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables dans la conception des politiques gouvernementales de riposte au VIH et dans l'implémentation des programmes à travers un soutien politique et financier ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez en donner quelques exemples.

--

1.1 Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques ? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés suivantes.

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI pour la question 1.1 ou 1.2, veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois.

--

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir l'application de ces lois.

Veuillez brièvement commenter la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle¹⁶ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

2.1. SI OUI, pour quelles populations ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations ¹⁷ vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

Veillez décrire brièvement le contenu de ces lois, réglementations ou politiques.

Veillez commenter brièvement les obstacles qu'elles constituent.

3. Le pays dispose-t-il d'une politique, d'une loi ou d'une réglementation visant à réduire la violence à l'encontre des femmes, afin de notamment protéger les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?

Oui

Non

Veillez décrire brièvement le contenu de cette politique, loi ou réglementation et les populations visées.

4. La promotion et la protection des droits de l'homme sont-elles explicitement mentionnées dans une quelconque politique ou stratégie de riposte au VIH ?

Oui

Non

SI OUI, veuillez décrire brièvement les dispositions afférentes aux droits de l'homme figurant dans cette politique ou cette stratégie de riposte au VIH.

5. Existe-t-il un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de prise en charge des cas de discrimination rencontré par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez brièvement décrire ce mécanisme.

--

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de gratuité pour les services suivants ? Veuillez indiquer si ces services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne (entourez « oui » ou « non » selon le cas).

	Gratuit pour tous		Gratuit pour certaines personnes		Pas de gratuité	
Thérapie antirétrovirale	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Services de prévention du VIH ¹⁸	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Soins et soutien liés au VIH	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Le cas échéant, quelles sont les populations identifiées comme prioritaires, et pour quels services ?

--

7. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les hommes et les femmes aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

Oui	Non
-----	-----

7.1. En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie assurant l'accès aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien pour les femmes en dehors du contexte d'une grossesse et d'un accouchement ?

Oui	Non
-----	-----

8. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les populations clés et vulnérables aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou de cette stratégie ainsi que les populations visées.

--

8.1. SI OUI, cette politique ou cette stratégie comporte-t-elle différents types d'approches afin de garantir un accès équivalent pour différentes populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez expliquer brièvement les différents types d'approches employés afin de garantir un accès équivalent pour les différentes populations.

--

9. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une loi qui interdit le dépistage du VIH en vue de l'obtention d'un contrat d'emploi (recrutement, affectation / relocalisation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez brièvement décrire le contenu de cette politique ou de cette loi.

--

10. Le pays dispose-t-il des mécanismes suivants pour le suivi et le respect des droits de l'homme ?

- a. *Institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, notamment commissions des droits de l'homme, commissions pour la réforme des lois, garde-fou et médiateurs qui prennent en compte les questions liées au VIH dans le cadre de leur travail.*

Oui	Non
-----	-----

- b. *Indicateurs de performance ou de référence pour le respect des normes en matière de droits de l'homme dans le contexte des efforts de riposte au VIH.*

Oui	Non
-----	-----

SI OUI pour l'une des questions ci-dessus, veuillez donner quelques exemples.

--

11. Au cours des deux dernières années, les activités de formation et/ou de développement des moyens suivantes ont-elles été organisées ?

- a. *Programmes d'éducation et de sensibilisation auprès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH)¹⁹ ?*

Oui	Non
-----	-----

- b. *Programmes destinés au personnel judiciaire et aux forces de l'ordre concernant les questions liées au VIH et aux droits de l'homme susceptibles de surgir dans le cadre de leur travail ?*

Oui	Non
-----	-----

12. Les services de soutien juridique suivants sont-ils disponibles dans le pays ?

a. Systèmes d'aide juridique pour les dossiers liés au VIH

Oui	Non
-----	-----

b. Cabinets juridiques privés ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à tarif réduit aux personnes vivant avec le VIH

Oui	Non
-----	-----

13. Existe-t-il des programmes visant à réduire la stigmatisation et les discriminations liées au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, de quels types de programmes s'agit-il ?		
Programmes pour le personnel médical	Oui	Non
Programmes pour les médias	Oui	Non
Programmes sur le lieu de travail	Oui	Non
Autres [veuillez compléter]	Oui	Non

14. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellentes », comment évalueriez-vous les politiques, lois et réglementations mises en place pour la promotion et la protection des droits de l'homme en 2013 ?

Très médiocres											Excellentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

15. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts d'application des politiques, lois et réglementations de protection des droits de l'homme en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

IV. PRÉVENTION

1. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?

--

SI OUI, quels sont-ils ?

--

1.1 Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Promotion de l'utilisation du préservatif	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH chez les jeunes non scolarisés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH sur le lieu de travail	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication ²¹ sur la réduction des risques	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Précautions universelles dans les	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

V. SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

--

Identifiez brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de soutien.

--

- 1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale pour les patients atteints de tuberculose	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Diagnostic infantile précoce	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de travail)	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Conseil et test VIH pour les tuberculeux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins nutritionnels	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement du sida chez l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Gestion des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement des affections couramment liées au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter]	1	2	3	4	Ne s'applique pas

1.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

2.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable ?

Oui	Non
-----	-----

2.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

3. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

--

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

--

Annexe 4. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national

- ☐ Définition d'une procédure pour l'élaboration du rapport, notamment le calendrier et les échéances, les rôles respectifs du comité national de riposte au sida, des agences gouvernementales, des agences de l'ONU, de la société civile et d'autres partenaires pertinents
- ☐ Obtention d'un financement pour tous les aspects de la procédure de reporting.
- ☐ Définition d'une procédure de collecte, de vérification et d'analyse, notamment :
 - Choix des sources et des instruments pertinents pour la collecte des données pour chaque indicateur
 - Calendrier de collecte des données aligné sur d'autres efforts de collecte de données, notamment celles obtenues auprès d'organismes de financement comme le Fonds mondial et le PEPFAR, et des agences de l'ONU
 - Calendrier de transmission des informations pour les indicateurs relatifs aux établissements médicaux qui doivent être agrégées au niveau national
 - Ateliers de vérification et de validation des données en vue d'arriver à un consensus sur la valeur exacte de chaque indicateur
- ☐ Élaboration des protocoles de traitement et de gestion des données, notamment :
 - Nettoyage et validation des données de base
 - Base unique de données aux fins d'analyse et de transmission
- ☐ Analyse des données pertinentes en concertation avec les organisations partenaires gouvernementales, de la société civile et de la communauté internationale
- ☐ Identité de vues des parties prenantes, notamment des instances gouvernementales et de la société civile concernant le rapport final à présenter
- ☐ Saisie des données dans la section descriptive et envoi du rapport via l'outil de reporting en ligne avant le 31 mars 2014
- ☐ Réponse aux demandes de clarifications concernant les données (envoyées depuis l'adresse AIDSreporting@unaids.org ou directement via l'outil de reporting en ligne)

Annexe 5. Sélection bibliographique

ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*.
Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*.
Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2013) *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2011) *Assurer l'avenir aujourd'hui - Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes*. Genève, ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Genève : ONUSIDA

WHO (2013) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Genève : OMS

Unicef (2013). *La situation des enfants dans le monde - Rapport*. New York : Unicef

Unicef (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York, Unicef

Annexe 6. Indicateurs sur la circoncision masculine

Ces deux indicateurs concernent uniquement les 16 pays où la prévalence du VIH est élevée, la circoncision masculine peu répandue et l'épidémie hétérosexuelle généralisée, à savoir l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, l'Ouganda, la République centrafricaine, la République unie de Tanzanie, le Rwanda, le Soudan du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

1.22 Proportion d'hommes circoncis

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la couverture de la circoncision masculine.

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être infectés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate est sûre et réduit le risque d'acquisition du VIH. Dans leurs recommandations, l'OMS et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace de prévention du VIH dans les pays et les régions touchées par des épidémies hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision masculine peu répandue.

Numérateur :	Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir été circoncis
Dénominateur :	Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	■ Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans) ■ Source / professionnel de la circoncision : système de santé officiel ou traditionnel

Atouts et faiblesses

L'évolution des taux de circoncision masculine peut découler ou non d'un programme. Par exemple, un changement des normes sociétales, qui n'est pas dû à un programme, peut entraîner une évolution des taux de circoncision masculine. Cet indicateur évalue l'ensemble des changements dans la population, quelles que soient les raisons.

Les enquêtes existantes réalisées auprès des populations (par exemple, les DHS) n'évaluent pas avec précision la situation concernant la circoncision masculine, notamment en raison d'un manque de connaissances concernant la circoncision masculine, d'une confusion quant à ce que le fait d'être circoncis signifie et de l'influence de la « bienséance sociale ».

D'autres approches visant à déterminer si un homme est circoncis ou non peuvent être utilisées, par exemple, le recours à des images ou des illustrations (peuvent être culturellement plus appropriées), des questions directes ou encore un examen direct. La modélisation de l'impact potentiel d'une évolution des taux de circoncision masculine sur l'incidence du VIH requiert une connaissance précise de cette évolution dans le temps.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur les indicateurs couvrant la circoncision masculine, consulter le document *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*, OMS, ONUSIDA, 2009.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Nombre de circoncisions pratiquées

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans l'extension des services de circoncision masculine.

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être infectés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate est sûre et réduit le risque d'acquisition du VIH. Dans leurs recommandations, l'OMS et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace de prévention du VIH dans les pays et les régions touchées par des épidémies hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision masculine peu répandue.

Numérateur : Nombre d'hommes ayant été circoncis selon les normes nationales au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation : Registres des établissements de santé et formulaires de notification

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : ■ Âge : <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49 et plus de 50 ans

Atouts et faiblesses

Le nombre total de circoncisions masculines pratiquées peut indiquer un changement au niveau soit de l'offre soit de la demande de services. La comparaison des résultats avec les valeurs précédentes fait apparaître les endroits où les services de circoncision masculine ont récemment été implantés ainsi que les endroits où le volume de circoncisions masculines a changé.

Il est conseillé de procéder à des ventilations supplémentaires au niveau du pays :

- i) Test(s) VIH positif(s) sur place ; test(s) VIH négatif(s) sur place ; résultats du/des test(s) réalisé(s) sur place indéterminé(s) ; test du VIH inconnu/refusé
- ii) Type et situation géographique de l'établissement de santé
- iii) Qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision

La ventilation du nombre de circoncisions masculines selon le statut VIH et l'âge permet, grâce à une modélisation, de déterminer l'impact des programmes de circoncision masculine sur l'incidence du VIH. Si un pays accorde la priorité à certaines tranches d'âge, cette ventilation aidera à déterminer si les stratégies de communication spécifiques à l'âge créent de la demande. En outre, si les données sont disponibles selon le type et la situation géographique de l'établissement de santé dans lequel la circoncision a été pratiquée, les besoins peuvent être évalués en termes d'allocation des ressources. Enfin, la ventilation des données selon les qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision permettra de

déterminer si les efforts visant à déléguer les tâches portent leurs fruits et donc à déterminer quelles sont les ressources à allouer.

Certains programmes travailleront en étroite collaboration avec les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour fournir des services de dépistage du VIH. Il est possible qu'un patient souhaitant être circoncis ait récemment été dépisté ; dans ce cas, il est inutile de pratiquer un test sur place. Dans ce cas, une attestation du résultat pourra être demandée auprès de l'établissement afin de vérifier la sérologie pour le VIH. Il n'existe pas de durée déterminée avant laquelle le test doit avoir été réalisé pour pratiquer la circoncision masculine, mais une période de trois mois maximum est suggérée (le but du dépistage n'est pas d'identifier tous les hommes susceptibles d'être infectés par le VIH, mais de dépister les hommes en quête de soins et d'identifier les hommes séropositifs au VIH qui, s'ils choisissent d'être circoncis, ont plus de risques d'avoir des complications chirurgicales, à savoir les hommes qui ont des infections chroniques et de faibles taux de CD4).

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur les indicateurs couvrant la circoncision masculine, consulter le document *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*, OMS, ONUSIDA, 2009.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf Appendix 4.

Annexe 7. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation

La présentation géographique des informations présente un intérêt pour quasiment tous les programmes de suivi et d'évaluation. Les données de nombreux indicateurs peuvent être représentées de manière géographique via un système d'information géographique (GIS) en vue de l'analyse. Les données géographiques peuvent être exploitées pour l'évaluation et le suivi des épidémies. La couverture / localisation géographique d'une épidémie est évidemment intéressante à connaître, tout comme la couverture / localisation des services de prévention, de soins et de traitement. Les données géographiques jouent donc un rôle clé dans l'intégration des données issues des systèmes de surveillance des différents programmes. Une approche standardisée des données géographiques est utile pour les systèmes nationaux, afin d'analyser la répartition géographique des interventions. Elle favorise la cohérence des données géographiques entre les différentes sources, et facilite le partage et l'utilisation de ces données géographiques par les différents pays partenaires, ainsi que le collationnement de toutes les sources de données disponibles afin d'éclairer l'analyse et la prise de décision au niveau local.

Paramètres géographiques des données de suivi et d'évaluation

Afin de faciliter l'intégration et l'analyse des données, des paramètres géographiques doivent être prévus pour les différents indicateurs, avec un niveau adapté de précision et en utilisant des références et des conventions géographiques standardisées. Le niveau de précision adéquat peut être aussi général qu'un district, une province ou même le territoire national. Toutefois, l'ajout de paramètres géographiques aux informations plus détaillées qui entrent dans la composition des indicateurs peut permettre toute une série d'analyses, et d'identifier la couverture géographique des services ou la répartition géographique des ressources humaines et des dépenses, et de suivre les évolutions pour de petites zones géographiques.

Pour beaucoup d'applications de surveillance, les données géographiques dictent l'échelle à laquelle les données peuvent être utilisées. Par exemple, les enquêtes de population sont généralement représentatives au niveau des provinces. Les données de surveillance sentinelle des maternités portent généralement sur des établissements de santé spécifiques ou plus rarement sur un groupe d'établissements de santé ruraux. Les données de prévalence du VIH pour une maternité ou un groupe de maternités devraient être accompagnées de la localisation géographique de ces dernières. Les systèmes de surveillance évoluent vers l'utilisation de données de prévalence du VIH générées par les programmes de PTME. Ces données de prévalence devraient donc être accompagnées de la localisation géographique des sites de PTME concernés. La localisation géographique correspondant aux données de la surveillance sentinelle pour les populations clés (par exemple, collectées via des enquêtes intégrées biocomportementales ou IBBS) peut être celle de l'établissement central où la surveillance est menée (par exemple, lorsqu'un échantillonnage déterminé par les répondants est utilisé ou pour une surveillance en clinique) ou celle de l'endroit où se trouvent effectivement les répondants durant les opérations de surveillance (par exemple, lorsqu'un échantillonnage temps-localisation est utilisé).

Pour les données d'un indicateur qui caractérisent un établissement de santé, la localisation géographique la plus précise est un point déterminé par la latitude et la longitude de l'établissement. Cette information devrait être enregistrée dans une liste de référence des établissements de santé gérée par le ministère de la santé, ou le cas échéant dans un système d'information géographique géré par une agence centrale de statistique. Les principales données de suivi qui doivent être accompagnées d'informations géographiques comprennent les personnes dépistées, les nouveaux diagnostics du VIH, les femmes enceintes dépistées, les personnes ayant entamé une thérapie antirétrovirale, les personnes sous thérapie antirétrovirale, les femmes enceintes qui reçoivent des antirétroviraux et les diagnostics infantiles précoces.

Beaucoup d'activités organisées au sein des collectivités pour les populations clés ou pour appuyer les programmes de traitement peuvent également être localisées géographiquement (latitude et longitude). Pour des activités qui ne sont pas liées à un établissement donné, la localisation géographique pourra être plus difficile à déterminer.

Normes des données spatiales et métadonnées

La plupart des pays ont mis en place une Infrastructure de données géographiques (IDG) ou une structure réservée aux données géographiques dans le cadre d'une infrastructure nationale plus vaste d'information et de communication. Une

IDG rassemble les technologies, les règles, les normes, les ressources humaines et les activités requises pour l'acquisition, le traitement, la diffusion, l'utilisation, le maintien et la préservation de données géographiques / spatiales. Un plan de gestion pour les données géographiques / spatiales est recommandé afin de réduire les redondances et appuyer les responsabilisations nationales et la durabilité, en garantissant que ces données deviennent partie intégrante de l'IDG du pays concerné.

Dans la mesure du possible, les bases de données doivent inclure les libellés selon les conventions standardisées internationales, ainsi que les libellés selon les normes et codes locaux. Pour les données spécifiques à un pays pour lesquelles des normes sont spécifiées pour les métadonnées par les règles de l'IDG, les données spatiales peuvent suivre la norme de métadonnées FGDC et inclure toutes les métadonnées supplémentaires figurant dans la norme locale. Le respect des normes de données spatiales est nécessaire pour l'alignement avec les systèmes et programmes nationaux.

Localisation d'un individu

La localisation d'un individu est aujourd'hui possible, en particulier par le croisement de différentes données. La prudence est de mise lors de la diffusion de données géographiques, car elles peuvent être exploitées de manière inappropriée en combinaison avec d'autres données et conduire à une violation des règles de confidentialité. La plus grande prudence est de mise lors du développement de cartes identifiant les populations clés stigmatisées ou les endroits où ces populations se concentrent.

Outils géospatiaux

Différents logiciels payants, gratuits ou en source ouverte sont disponibles pour la réalisation de cartes géographiques. Une analyse géographique élémentaire peut être réalisée dans une feuille de calcul ou à l'aide d'un globe numérique. Pour des analyses plus avancées, la gestion des données géographiques et l'affichage de données géographiques, un GIS est nécessaire. Une sélection judicieuse du logiciel, des données, du mode d'analyse et de l'échelle s'impose. Il convient de déterminer quelles sont les compétences déjà disponibles dans les différents pays pour la conduite d'analyses géographiques. Ces analyses géographiques peuvent être complétées à travers des méthodologies participatives impliquant divers intervenants au sein des collectivités.

PARTIE 2

GUIDE SUR LES INDICATEURS POUR LE SUIVI DE LA RIPOSTE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU VIH ET AU SIDA ET POUR LA PRÉPARATION DE RAPPORTS

2014

Liste des acronymes

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ARV	Antirétroviral
AU	accès universel
AZT	Zidovudine
d4T	Stavudine
DTC3	3 ^{ème} dose de vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
EFV	Éfavirenz
FTC	Emtricitabine
GARPR	<i>Global AIDS Response Progress Reporting</i> (Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde)
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	information, éducation et communication
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IST	infections sexuellement transmissibles
LPV/r	lopinavir/ritonavir
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCR	<i>polymerase chain reaction</i> (amplification génique)
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEPFAR	<i>U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> (Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida)
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
PVVIH	personne vivant avec le VIH
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i> (test rapide à la réagine plasmatique)
SAM	<i>Service Availability Mapping</i>

	(Cartographie de la disponibilité des services)
SPA	<i>Service Provision Assessment</i> (Évaluation des prestations de services)
TAR	traitement antirétroviral
TME	transmission mère-enfant (du VIH)
TPI	traitement préventif par l'isoniazide
TPHA	<i>Treponema Pallidum Haemagglutination Assay</i> (test d'hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>)
TPPA	<i>Treponema Pallidum Particle Agglutination test</i> (test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i>)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	1
INTRODUCTION	5
<i>Description des indicateurs figurant dans ce guide</i>	6
<i>Appui technique et coordonnées en cas de questions</i>	7
<i>Remerciements</i>	7
II. DESCRIPTION DES INDICATEURS.....	8
Liste des indicateurs	
<i>Objectif 1 : Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015</i>	12
<i>Conseil et dépistage</i>	12
1.16 Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	12
1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois (nouveau).....	14
<i>Infections sexuellement transmissibles (IST)</i>	14
1.17 Infections sexuellement transmissibles (IST)	
1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS)	
<i>Objectif 2 : Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection à l'horizon 2015</i>	28
2.6 Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes.....	28
2.7 Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et de sites de traitement de substitution aux opioïdes :	29
<i>Objectif 3 : Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et réduire fortement les décès maternels liés au sida à l'horizon 2015</i>	32
3.4 Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut par rapport au VIH qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats – au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période post-partum (≤ 72 heures) –, y compris celles dont le statut par rapport au VIH était déjà connu]	32
3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois	35
3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères pour recevoir un traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4. 37	
3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, à qui a été fournie une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce au cours des six premières semaines de vie (c'est-à-dire la transmission post-partum précoce à l'âge de six semaines environ).....	40
3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance.....	42

3.10 Distribution des pratiques d'alimentation (allaitement au sein exclusif, alimentation de substitution, alimentation mixte/autre) chez les nourrissons nés de femmes infectées par le VIH, à la visite de vaccination par le DTC3.....	45
3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée	48

Indicateurs spécifiques de l'OPS

3.12.1 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH (« nourrissons exposés au VIH ») nés en 2012 (ou selon les dernières données disponibles)	
3.12.2 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) classés dans la catégorie indéterminée	
3.12.3 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été posé	
3.12.4 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'absence d'infection à VIH a été posé	

Objectif 4 : Permettre à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015

4.1 Traitement de l'infection à VIH : traitement antirétroviral	50
4.2.a Rétention à 12 mois sous traitement antirétroviral	
4.2.b Rétention à 24 mois sous traitement antirétroviral	
4.2.c Rétention à 60 mois sous traitement antirétroviral	
4.3 Établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral.....	53
4.4 Ruptures de stock d'antirétroviraux	
4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH	
4.6 Soins de l'infection à VIH	
4.7 Suppression de la charge virale	

Objectif 5 : Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à l'horizon 2015

5.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée (nouveau)	65
5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route	66
5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et enregistré au cours de leur dernière visite	68

Questions touchant aux politiques et intéressant les 10 objectifs

Annexes

Annexe 2. Diagnostic des cas d'infection à VIH/de sida (OPS)

P.1d Nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués en 2012, en fonction du sexe pour l'année 2012

P.1e Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2012 et déclarés, en fonction du sexe pour l'année 2012

INTRODUCTION

À mesure que les pays étendent leur programme de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida en vue de parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en la matière, il devient de plus en plus important de collecter des informations stratégiques sur l'épidémie et sur les ripostes nationales afin d'éclairer les politiques et les programmes, d'améliorer l'efficacité réelle des interventions et de favoriser la responsabilisation.

Au niveau international et depuis la 59^{ème} Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est engagée à évaluer chaque année les progrès réalisés au niveau mondial par la riposte du secteur de la santé de chaque pays en vue de parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.¹ L'OMS travaille avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) afin d'harmoniser au niveau mondial le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida vers un accès universel ainsi que la préparation des rapports. Cet effort commun des partenaires des Nations Unies vise à harmoniser la collecte des données et à alléger la charge que représente pour les pays la préparation de ces rapports.

Afin de collecter les données des pays, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont mis au point un outil électronique commun d'enregistrement des rapports. Cet outil ainsi que des orientations sur les indicateurs pour les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde (*Global AIDS Response Progress Reporting*, GARPR) sont disponibles sur le site <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting/>.

Cette partie du guide donne une description détaillée des indicateurs additionnels pour le secteur de la santé qui ne sont pas décrits dans le document GARPR de l'ONUSIDA. Elle peut également être utilisée en complément d'autres informations pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au niveau national et pour passer en revue les progrès réalisés. En résumé :

- **Rapport mondial** : ce guide vient en complément du document Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2014 : Directives. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 publié par l'ONUSIDA. Le processus général recommandé pour la préparation d'un rapport par chaque pays est détaillé dans les directives pour le rapport mondial.² Cette présente partie du guide vise à appuyer et faciliter la collecte des données lors de l'utilisation de l'outil électronique commun d'enregistrement des rapports, en se concentrant sur les indicateurs supplémentaires demandés pour le rapport sur la riposte du secteur de la santé 2014 qui ne font pas partie des indicateurs du GARPR. Distribué dans tous les pays, l'outil électronique d'enregistrement des rapports est le principal outil pour établir un rapport mondial annuel sur les progrès réalisés par le secteur de la santé vers un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.
- **Suivi national** : ce guide peut également être utilisé pour le suivi national de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida. Il peut être adapté au contexte épidémique de chaque pays. Par exemple, les pays peuvent choisir les indicateurs pouvant les aider à mesurer les progrès réalisés en vue d'accomplir leurs propres objectifs nationaux. Ils peuvent également ajouter ou retirer certains indicateurs en fonction de l'importance des différents domaines d'intervention couverts pour lutter contre leur épidémie.

¹ VIH/sida. Contribution de l'OMS à l'Accès Universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/sida : rapport du Secrétariat. Genève, OMS, 2006.

² Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012. Directives – Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global%20AIDS%20Response%20Progress%20Reporting_fr.pdf.

Description des indicateurs figurant dans ce guide

Les indicateurs sont décrits selon la structure indiquée dans le tableau ci-dessous.

Le numéro de l'indicateur est celui qui figure dans l'outil d'enregistrement des rapports du GARPR/accès universel 2014

Ce numéro est celui utilisé dans l'outil de l'année dernière

X. TITRE DE L'INDICATEUR (N° y/y)	
Justification	Pourquoi cet indicateur est important
Ce que mesure l'indicateur	Ce que mesure l'indicateur
Numérateur	Définition du numérateur
Dénominateur	Définition du dénominateur (les sources d'information doivent être précisées : pour certains indicateurs, il est uniquement possible et/ou requis d'obtenir des estimations)
Méthodes et instruments de mesure	Éléments inclus dans le numérateur et dans le dénominateur Méthode de mesure Instruments de mesure
Ventilation	Paramètres en fonction desquels il est recommandé de ventiler les analyses de données Même si cela n'est pas mentionné dans l'outil d'enregistrement des rapports, il est recommandé, quand cela se justifie, de collecter les données de manière à permettre une ventilation lors des analyses pour le suivi et l'élaboration du rapport au niveau national
Points forts et points faibles	Description des points forts et des points faibles de l'indicateur
Autres facteurs à prendre en compte	Autres éléments utiles pour les pays
Utilisation des données	Comment cet indicateur peut être utilisé. Implications possibles de cette utilisation
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Informations complémentaires sur les éléments à prendre en compte en remplissant l'outil d'enregistrement des rapports. • <i>Doublons</i> : Ce à quoi prêter une attention particulière pour éviter d'éventuels doublons • <i>Représentativité nationale</i> : Ce à quoi prêter une attention particulière pour évaluer la représentativité nationale de la valeur indiquée dans le rapport • <i>Questions en rapport avec le dénominateur</i> :

	Questions à relever concernant le dénominateur • <i>Options de triangulation</i> : Autres sources de données pouvant être examinées pour évaluer la validité de la valeur de l'indicateur
Autres références	Références relatives à l'indicateur, par exemple : <i>Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)</i> : indicateur dans la version mise à jour du document Monitoring and Evaluating the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A guide for national programmes (2011) <i>VIH/tuberculose</i> : indicateurs dans la version mise à jour du document Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH (2009) <i>Consommateurs de drogue par injection</i> : Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (2009)

Appui technique et coordonnées en cas de questions

L'OMS, l'UNICEF et le l'ONUSIDA s'engagent à appuyer les pays pour qu'ils améliorent leur système d'information stratégique, notamment, sans pour autant s'y limiter, l'examen des systèmes de suivi et d'évaluation du secteur de la santé, la qualité et la validation des données, l'évaluation de l'impact, la surveillance, la recherche opérationnelle et la formation sur divers aspects de l'information stratégique.

N'hésitez pas à contacter l'OMS (hivstrategicinfo@who.int) pour faire part de vos questions, demandes, suggestions ou commentaires pour améliorer ces orientations.

Remerciements

L'OMS et l'UNICEF adressent leurs plus vifs remerciements aux équipes des Ministères des pays qui, à tous les niveaux, collectent, valident et transmettent chaque année ces informations.

L'OMS et l'UNICEF remercient le personnel de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA qui travaillent au niveau des pays et au niveau régional afin de faciliter la transmission des données et l'élaboration des rapports.

L'OMS et l'UNICEF apprécient la contribution de MACRO-DHS qui a fourni les derniers résultats disponibles de l'Enquête démographique et sanitaire.

II. DESCRIPTION DES INDICATEURS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des indicateurs décrits dans les directives pour le GARPR 2014, et des indicateurs décrits dans ce guide pour l'élaboration du rapport 2014 sur la riposte du secteur de la santé vers un accès universel (AU 2014).

GARPR AU 2014		
		Objectif 1. Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015
		Indicateurs pour la population générale
X		1.1 Jeunes : connaissances sur la prévention du VIH
X		1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
X		1.3 Partenaires sexuel(le)s multiples
X		1.4 Usage du préservatif au cours de rapports sexuels à risque élevé
X		1.5 Dépistage du VIH dans la population générale
X		1.6 Réduction de la prévalence du VIH
		Indicateurs pour les professionnel(le)s du sexe
x		1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention
x	x	1.8 Professionnel(le)s du sexe : usage du préservatif
x	x	1.9 Professionnel(le)s du sexe : dépistage du VIH
x	x	1.10 Professionnel(le)s du sexe : prévalence
		Indicateurs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
x		1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention
x	x	1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : usage du préservatif
x	x	1.13 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : dépistage du VIH
x	x	1.14 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : prévalence du VIH
		Dépistage et Conseil
	x	1.16 Dépistage du VIH chez les personnes âgées de 15 ans et plus (à partir des comptes rendus des programmes)
	x	1.16.1 Ruptures de stock de kits de test rapide (nouveau)
		Infections sexuellement transmissibles
	x	1.17 Infections sexuellement transmissibles
		1.17.1 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis
		1.17.2 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis
		1.17.3 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement
		1.17.4 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active
		1.17.5 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentaient une syphilis active
		1.17.6 Nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois
		1.17.7 Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois
		1.17.8 Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois
		1.17.9 Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois

		1.17.10 Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	<u>1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS seulement)</u>
		Circoncision masculine
x	x	1.22 Circoncision masculine, prévalence
x	x	1.23 Nombre d'hommes ayant bénéficié d'une circoncision l'année dernière
		Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection à l'horizon 2015
x	x	2.1 Consommateurs de drogue par injection : nombre d'aiguilles/consommateurs de drogue par injection
x	x	2.2 Consommateurs de drogue par injection : utilisation du préservatif
x	x	2.3 Consommateurs de drogue par injection : pratiques d'injection sans risques
x	x	2.4 Consommateurs de drogue par injection : dépistage du VIH
x	x	2.5 Consommateurs de drogue par injection : prévalence de l'infection à VIH
	x	2.6 Personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes
	x	2.7 Sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et sites de traitement de substitution aux opioïdes
		Objectif 3. Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et réduire fortement les décès maternels liés au sida à l'horizon 2015
x	x	3.1 Prévention de la transmission mère-enfant
x	x	3.2 Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson
x	x	3.3 Taux de transmission mère-enfant (modélisé)
	x	3.4 Femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats
	x	3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois
	x	3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères pour recevoir un traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4
	x	3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant au cours des six premières semaines de vie
	x	3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance
	x	3.10 Distribution des pratiques d'alimentation pour les nourrissons nés de femmes infectées par le VIH, à la visite de vaccination par le DTC3
	x	3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée
		3.12 Indicateurs spécifiques de l'OPS
		Objectif 4. Permettre à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015
x	x	4.1 Couverture du traitement antirétroviral (chez l'adulte et chez l'enfant), y compris le nombre d'adultes et d'enfants remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral, nouvellement inscrits pour un traitement antirétroviral pendant la période considérée (2013)
x	x	4.2a Traitement de l'infection à VIH : rétention à 12 mois
	x	4.2b Traitement de l'infection à VIH : rétention à 24 mois

	x	4.2c Traitement de l'infection à VIH : rétention à 60 mois
	x	4.3 Établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral
	x	4.4 Ruptures de stock d'antirétroviraux
	x	4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH (OPS seulement)
	x	4.6 Soins de l'infection à VIH
		4.7 Charge virale
		Objectif 5. Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015
x	x	5.1 Prise en charge commune du traitement antituberculeux et du traitement contre le VIH
	x	5.2 <u>Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/sida nouvellement inscrits dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée (nouveau)</u>
	x	5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route
	x	5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué au cours de leur dernière visite
		Objectif 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de US\$) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
x		6.1 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement
		Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes
x		7.1 Prévalence de la violence récente du partenaire intime
		Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination
		<i>Indicateur de développement, il est prévu qu'un indicateur de stigmatisation soit prêt pour la préparation du rapport 2014</i>
		Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement
		<i>Des données sur les restrictions en matière de déplacement sont collectées par l'Équipe Droits de l'Homme et Législation de l'ONUSIDA</i>
		Objectif 10. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement
x		10.1 Assiduité à l'école des orphelins et des enfants qui ne sont pas orphelins
x		10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres
		Questions touchant aux politiques et intéressant les 10 objectifs
x		P.1 Questionnaire spécial GARPR 2014
	x	P.1b Questions intéressant les politiques, OMS
		Annexe 2. Diagnostic des cas d'infection à VIH/de sida (OPS)
	x	P.1d Nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués en 2012, en fonction du sexe pour l'année 2012 (OPS)
	x	P.1e Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2012 et déclarés, en fonction du sexe pour l'année 2012 (OPS)
		Estimations de la taille des populations clés

Remarque sur la définition d'un « établissement de santé »

Il est fréquemment demandé quelle est la définition d'un **établissement de santé**. Pour répondre aux objectifs de ce processus d'élaboration des rapports, il convient d'exclure les établissements de santé qui dispensent des soins spécialisés mais qui ne dispenseront jamais de services en rapport avec le VIH (par exemple un centre de consultations ophtalmologiques). En cas de difficultés pour déterminer quels établissements de santé doivent être comptabilisés pour élaborer ce rapport, veuillez nous faire part de vos commentaires en les notant dans la section qui leur est consacrée (*Commentaires*) ou envoyant un courrier électronique à l'OMS (hivstrategicinfo@who.int).

Objectif 1 : Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015

Conseil et dépistage

1.16 Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat	
Justification	La connaissance de son statut par rapport au VIH est essentielle pour l'accès au traitement, aux soins, à l'appui et à la prévention en matière de VIH. Il existe différents modèles de dispensation des services de conseil et de dépistage, notamment le conseil et le dépistage à l'initiative du client et le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire. Les éléments les plus importants du conseil et du dépistage sont que ceux qui bénéficient d'un dépistage reçoivent un conseil approprié et connaissent le résultat de leur test.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, quels que soit la méthode utilisée et le contexte (exception faite du conseil et du dépistage obligatoire), et qui connaissent leur résultat. Remarque : bien que non requis pour cet indicateur, le dénominateur peut être estimé en utilisant la population générale comme dénominateur dans les épidémies généralisées ou les populations les plus à risque et autres groupes pour les épidémies peu actives ou concentrées. Ces données peuvent être examinées parallèlement à l'estimation du pourcentage de personnes séropositives qui connaissent leur statut par rapport au VIH et aux recommandations en matière de politique et de fréquence de dépistage du VIH. Les progrès réalisés par les programmes en matière de conseil et de dépistage. Le suivi du nombre de personnes qui bénéficient d'un conseil et d'un dépistage et qui connaissent leur statut par rapport au VIH permet d'obtenir des indications sur l'utilisation de ces services dans le pays.
Méthodes et instruments de mesure	Les statistiques des programmes compilées à partir des rapports préparés de manière systématique et portant sur le nombre de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage et qui connaissent leur résultat, provenant de tous les lieux où ces services sont disponibles, notamment les services de consultation, les hôpitaux, les sites de conseil et de dépistage volontaire, les sites des organisations non gouvernementales (ONG) et de services de proximité, le dépistage mobile, le dépistage à domicile et dans les communautés, le dépistage sur le lieu de travail et dans les écoles, le dépistage au cours de campagnes spécifiques et toutes les autres formes de dépistage (exception faite du conseil et du dépistage obligatoire) qui sont souvent agrégées au niveau des districts et, par la suite, au niveau national. Cet indicateur n'est pas mesuré par le biais des enquêtes en population.
Ventilation	Sexe : hommes, femmes, femmes enceintes. Statut par rapport au VIH : séropositif au VIH, séronégatif au VIH. Si possible : Groupes d'âge : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 ans et plus. Dépistage : nouveau dépistage, dépistage répété.

Points forts et points faibles	Cet indicateur permet de comparer les tendances de la quantité de services de conseil et de dépistage fournis et de l'extension de ces services au fil du temps. Cet indicateur peut donner des informations sur le nombre de fois où des services de conseil et de dépistage ont été dispensés, mais pas forcément sur le nombre de personnes qui en ont bénéficié, à moins que le pays ait mis en place un mécanisme permettant d'éviter les doublons de personnes ayant recours à ces services à plusieurs reprises. Cet indicateur ne permet pas de savoir si les personnes qui ont bénéficié d'un dépistage ont été dirigées de manière appropriée sur des services de suivi et si elles reçoivent ces services afin de bénéficier des avantages de connaître leur statut par rapport au VIH.
Utilisation des données	Afin d'examiner le nombre de tests de dépistage pratiqués dans le pays, il est possible de faire des comparaisons avec les années précédentes pour analyser les tendances tout en examinant le pourcentage de la population qui a pu récemment bénéficier d'un dépistage. Il peut être utile d'étudier les différentes caractéristiques du dépistage, comme par exemple l'augmentation possible du nombre de tests pratiqués au cours de périodes spécifiques durant lesquelles se sont déroulées des campagnes d'incitation ou du nombre de personnes ayant recours au dépistage dans des établissements de santé particuliers ou dans les communautés.
Autres facteurs à prendre en compte	Dans certains pays, une part importante des services de conseil et de dépistage sont dispensés par des organisations communautaires ou des organisations non déclarées, lesquelles sont rarement incluses dans les statistiques nationales. Ces organisations sont encouragées à déclarer leurs activités auprès des autorités nationales afin que toutes les données sur le conseil et le dépistage puissent apparaître dans les statistiques nationales.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	• Doublons : les pays devront faire une estimation de la proportion de personnes ayant eu recours au dépistage à plusieurs reprises afin de déterminer le nombre exact de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage pendant la période considérée. Si le pays a mis en place un mécanisme capable d'en faire une évaluation sérieuse (en enregistrant par exemple le nombre de personnes qui ont recours au dépistage à plusieurs reprises), cette méthode doit être utilisée et il faut indiquer comment cela a été réalisé. Si ce n'est pas le cas, indiquez le nombre total de tests ayant été transmis et indiquez qu'il est probable que certains tests ont été répétés. • Représentativité nationale : essayez de vous assurer que les informations provenant des établissements de santé non-gouvernementaux et du secteur privé sont également disponibles au niveau central. S'il manque des informations importantes, indiquez-le dans la section <i>Commentaires</i>. • Questions en rapport avec le dénominateur : bien que non requise pour répondre à l'objectif de cet indicateur, il est possible d'évaluer la validité du numérateur en faisant des comparaisons avec la population générale comme dénominateur pour les pays à épidémie généralisée et avec la taille des populations les plus à risque et d'autres groupes pour les épidémies peu actives ou concentrées. • Options de triangulation : en cas d'épidémie généralisée, il est possible de comparer cet indicateur aux données provenant des enquêtes en population ayant

	collecté des informations sur le nombre (et calculé le pourcentage) de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage, ce qui permet d'évaluer s'il existe des différences importantes et d'examiner celles-ci, le cas échéant.
--	---

1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois (nouveau)

Numérateur	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre total d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.17.1 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis

Justification	Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes en début de grossesse est essentiel à la fois pour leur santé et la santé du fœtus ainsi que pour la surveillance de deuxième génération. Il contribue également au suivi de la qualité des services de soins prénatals.
Ce que mesure l'indicateur	La couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de soins prénatals.
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de soins prénatals.
Méthodes et instruments de mesure	Méthodes de mesure : un dépistage de la syphilis doit être réalisé chez toute femme enceinte lors de sa première visite dans les services de soins prénatals. Les pays qui ne peuvent établir une distinction entre la première visite et les visites suivantes peuvent tout de même transmettre des données pour cet indicateur, mais doivent clairement signaler cette particularité lorsqu'ils soumettent leur rapport. Cet indicateur doit être mesuré tous les ans. Ce dépistage peut être effectué par un test qui mesure les anticorps réagins [par exemple : test <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (VDRL) ou test <i>Rapid Plasma Reagin</i> (RPR – test rapide à la réagine)], un test tréponémique qui mesure les anticorps tréponémiques [par exemple : <i>Treponema Pallidum Haemagglutination Assay</i> (TPHA – test d'hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>), <i>Treponema Pallidum Particle Agglutination test</i> (TPPA – test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i>), test immunoenzymatique ou tests tréponémiques rapides], ou de préférence une combinaison des deux. Pour cet indicateur, le seul fait d'avoir fait un dépistage, quel que soit le test utilisé, est suffisant. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> le type de test généralement utilisé dans votre pays.

	Instruments de mesure : il faut de préférence utiliser les comptes rendus du programme national ayant agrégé les données des établissements de santé. Si les données du programme national ne sont pas disponibles, il est cependant possible de faire figurer dans le rapport les données obtenues lors de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales, si ces données sont considérées représentatives de la situation nationale. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> la source et la couverture de vos données (par exemple : données du programme national couvrant l'ensemble des 12 provinces).
Ventilation	Aucune.
Autres facteurs à prendre en compte	Certains pays peuvent également souhaiter suivre la semaine de grossesse au cours de laquelle chaque femme enceinte bénéficie d'un dépistage. Afin de prévenir la syphilis congénitale, le dépistage doit être réalisé de manière précoce au cours de la grossesse, les mortinaissances pouvant se produire au cours du deuxième trimestre. Des informations montrant que les femmes bénéficient d'un dépistage de manière tardive au cours de la grossesse indiqueront qu'elles ne consultent pas suffisamment tôt dans les services de soins prénatals ou que le test n'est pas réalisé de manière suffisamment précoce au cours de la grossesse. Les programmes qui assurent le dépistage de la syphilis et ceux qui assurent le dépistage du VIH chez la femme enceinte doivent collaborer afin d'améliorer l'efficacité réelle de leurs activités respectives.
Utilisation des données	Au niveau mondial : l'examen des tendances au fil du temps permet d'évaluer les progrès réalisés pour atteindre le niveau des objectifs de couverture du dépistage nécessaires pour l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis. L'interprétation des tendances de la couverture doit s'appuyer sur des informations sur les politiques et les pratiques en matière de dépistage. Au niveau local : les données peuvent être utilisées pour identifier les services de consultation où la politique nationale n'est pas pleinement mise en œuvre.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez indiquer, le cas échéant, si les données fournies sont collectées de manière systématique par le programme et sont considérées représentatives de l'ensemble du pays.
Autres références	Indicateur recommandé dans Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés et dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants.

1.17.2 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis

Justification	Des informations sur le diagnostic d'infection par la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals peuvent être utiles pour évaluer les besoins des programmes de prévention des IST et peuvent servir
---------------	--

	d'alerte précoce sur de possibles changements dans la transmission du VIH dans la population générale.
Ce que mesure l'indicateur	Le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le test sérologique pour la syphilis était positif (réactif).
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le test de dépistage de la syphilis était positif.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Méthodes et instruments de mesure	Méthodes de mesure : la mesure de la positivité pour la syphilis peut se faire en utilisant des tests non-tréponémiques (par exemple : VDRL ou RPR), des tests tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, test immunoenzymatique ou différents tests rapides disponibles), ou de préférence une combinaison des deux. Un test non-tréponémique réactif, particulièrement si le titre est élevé, suggère une infection active, alors qu'un test tréponémique positif indique la présence d'une infection antérieure, même si celle-ci a été traitée avec succès. Pour répondre à l'objectif de cet indicateur (destiné à mesurer la séropositivité), il est acceptable de faire figurer comme résultat positif dans le rapport le résultat positif à un seul test. Si l'on dispose à la fois des résultats d'un test tréponémique et des résultats d'un test non-tréponémique pour un patient, la positivité pour la syphilis doit alors être définie comme un résultat positif aux deux tests. L'utilisation d'un test tréponémique rapide a permis de réaliser le dépistage de la syphilis là où l'on ne dispose d'aucune capacité de laboratoire et d'accroître fortement le nombre de femmes pouvant bénéficier d'un dépistage et d'un traitement de la syphilis au cours de la grossesse. Les données doivent être collectées tous les ans. Instruments de mesure : il est possible d'utiliser les comptes rendus des programmes nationaux ayant agrégé les données des établissements de santé, de la surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales utilisant des tests de dépistage de la syphilis basés sur la détection d'anticorps réagins et/ou tréponémiques. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> la source et la couverture de vos données (par exemple : surveillance sentinelle chez toutes les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals dans deux des dix provinces) ainsi que le type de test utilisé habituellement dans votre pays [par exemple, tests non-tréponémiques (RPR, VDRL), tests tréponémiques (tests rapides, TPPA), patients positifs pour les deux types de test, ou inconnu).
Ventilation	Groupes d'âge : total, 15 à 24 ans, 25 ans et plus.
Points forts et points faibles	Points forts : dans la plupart des pays, il est possible d'obtenir les données sur la positivité pour la syphilis chez les femmes enceintes à partir des déclarations produites de manière systématique par les systèmes de santé. Points faibles : des changements dans les tests ou pratiques de dépistage peuvent avoir des conséquences sur les données. Pour aider à l'interprétation des tendances de la maladie, il faut utiliser les connaissances disponibles sur les pratiques de dépistage dans le pays (par exemple la proportion de tests

	tréponémiques et de tests non-tréponémiques utilisés pour le dépistage).
Autres facteurs à prendre en compte	- Il est recommandé aux pays d'utiliser des identifiants uniques ou des registres qui différencient entre les tests réalisés pour la première fois et les tests suivants afin que les données rendent compte de la prévalence ou de l'incidence exacte plutôt que de la positivité. - Dans la plupart des pays disposant de données obtenues par la réalisation de différents types de test, une sous-analyse (par ventilation) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans peut permettre d'accroître la probabilité que la positivité des tests corresponde à une infection récente.
Utilisation des données	Niveau mondial et régional : pour estimer la mortalité et la morbidité périnatales causées par la syphilis qui pourraient être évitées à l'aide de programmes efficaces d'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis ; pour identifier les zones ayant le plus besoin d'un ensemble d'interventions de prévention de la syphilis congénitale. Niveau local : pour suivre les tendances au fil du temps et évaluer les changements de la charge de la maladie ainsi que les besoins en programmes de prévention des IST. Tous les niveaux : pour comparer les données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH afin d'identifier des signes d'alerte précoce d'une augmentation du risque de transmission du VIH.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez préciser si les données que vous fournissez sont collectées de manière systématique par le programme, si elles sont considérées comme représentatives de l'ensemble du pays et quel type de test a été utilisé pour déterminer la positivité (par exemple : non-tréponémique, tréponémique, les deux ou plusieurs types/inconnu).
Autres références	Indicateur recommandé dans le guide Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : considérations conceptuelles et pratiques et dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants.

1.17.3 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement

Justification	Le traitement des femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et séropositives pour la syphilis est une mesure directe des activités menées dans le cadre du programme d'élimination de la syphilis congénitale et pour renforcer la prévention primaire de l'infection à VIH.
Ce que mesure l'indicateur	Le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals pendant une période donnée, pour qui le test sérologique de la syphilis était positif et qui ont été traitées de façon appropriée.
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, pour

	qui le test sérologique de la syphilis était positif et qui ont reçu au moins une dose de benzathine benzylpénicilline de 2,4 millions d'unités par injection intramusculaire.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis était positif.
Méthodes et instruments de mesure	Méthode de mesure : les données doivent être collectées tous les ans. La séropositivité soit à un test tréponémique, soit à un test non-tréponémique, est suffisante pour que la personne soit considérée « positive » pour cet indicateur. Instruments de mesure : il faut de préférence utiliser les comptes rendus des programmes nationaux ayant agrégé les données des établissements de santé. Si les données du programme national ne sont pas disponibles, il est cependant possible de faire figurer dans le rapport les données obtenues lors de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales, si ces données sont considérées représentatives de la situation nationale. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> la source et la couverture de vos données (par exemple : données du programme national de l'ensemble des 12 provinces).
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Points forts : les données sur le traitement de la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals font l'objet d'une surveillance systématique dans les établissements de santé. Points faibles : la collecte des données sur le traitement peut nécessiter la collaboration des programmes de santé maternelle et infantile pour s'assurer que ce traitement est disponible au niveau national.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour répondre à l'objectif de cet indicateur, un document prouvant l'administration d'une dose unique de pénicilline est suffisant. Le traitement des femmes enceintes séropositives pour la syphilis par une injection unique de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline avant la 24 ^{ème} semaine d'âge gestationnel est suffisant pour prévenir la transmission mère-enfant de la syphilis. Il est cependant recommandé d'administrer trois injections à une semaine d'intervalle pour traiter une syphilis latente et prévenir une syphilis tertiaire chez la mère.
Utilisation des données	Au niveau mondial, régional et local : afin d'estimer l'efficacité réelle du programme pour réduire la morbidité et la mortalité périnatales associées à la syphilis. Au niveau local : afin d'identifier les domaines nécessitant des ressources supplémentaires ou une assistance pour que le programme soit exécuté. À tous les niveaux : il faut utiliser les informations disponibles sur les politiques et les pratiques pour aider à l'interprétation des tendances pour le traitement.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil	Veuillez donner des informations supplémentaires au cas où les données fournies ne couvrent pas l'ensemble du pays.

d'enregistrement des rapports	
Autres références	Indicateur recommandé dans Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés et dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants.

1.17.4 IST : pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active	
Justification	Le dépistage de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe est essentiel pour leur santé et à des fins de surveillance de deuxième génération.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés dans la réduction des comportements sexuels à risque et dans les activités menées dans le cadre des interventions de lutte contre la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe.
Numérateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe chez qui le dépistage de la syphilis active est positif.
Dénominateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Méthodes et instruments de mesure	Instruments de mesure : données des systèmes d'information sanitaire de routine, de surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales. Méthodes de mesure : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à faire un premier dépistage avec un test non-tréponémique qui mesure les anticorps réaginaires (par exemple : VDRL ou RPR) et, si ce test se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, test immunoenzymatique ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémique sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui doit encourager leur utilisation pour le dépistage, couplés de préférence à un test non-tréponémique qui détecte les anticorps réaginaires. Quelle que soit l'approche utilisée, les résultats donneront une mesure indirecte d'une infection active pour l'indicateur proposé en cas de résultat positif à la fois au test non-tréponémique ET au test tréponémique. En cas de test RPR, un titrage doit être réalisé : le titre doit être supérieur ou égal à 1:8 pour confirmer la présence d'une syphilis active. L'utilisation d'un test non-tréponémique seul ou d'un test tréponémique seul peut être utile dans certaines situations pour décider du traitement. Leur spécificité n'est cependant pas suffisante pour des objectifs de surveillance des professionnel(le)s du sexe. L'obligation d'avoir à la fois un test non-tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les professionnel(le)s du sexe diffère de l'indicateur concernant la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, car les professionnel(le)s du sexe ont une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition tout au long de la vie, tandis que le test non-tréponémique est un meilleur indicateur d'une

	infection active.
Ventilation	Sexe : total, hommes, femmes.
Points forts et points faibles	Points forts : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test améliore la spécificité des nombres de tests positifs indiqués dans les rapports. Cela permettra aussi d'augmenter les chances d'identifier les cas de syphilis active. Points faibles : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test rend plus difficile l'obtention de données pour cet indicateur.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour assurer la fiabilité des résultats, l'assurance qualité et le contrôle de la qualité doivent faire partie intégrante du dépistage de la syphilis.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables. Comparez ces données avec des données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH, si celles-ci sont disponibles.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.

1.17.5 IST : pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentent une syphilis active	
Justification	Le dépistage de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est essentiel pour leur santé et à des fins de surveillance de deuxième génération.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés dans la réduction des comportements sexuels à risque et dans les activités menées dans le cadre des interventions de lutte contre la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
Numérateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui le dépistage de la syphilis est positif.
Dénominateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Méthodes et instruments de mesure	Instruments de mesure : données des systèmes d'information sanitaire de routine, de surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales. Méthodes de mesure : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à faire un premier dépistage avec un test non-tréponémique qui mesure les anticorps réaginaires (par exemple : VDRL ou RPR) et, si ce test se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, test immunoenzymatique ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests

	tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémique sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui doit encourager leur utilisation pour le dépistage, couplés de préférence à un test non-tréponémique qui détecte les anticorps réaginaires. Quelle que soit l'approche utilisée, les résultats donneront une mesure indirecte d'une infection active pour l'indicateur proposé en cas de résultat positif à la fois au test non-tréponémique ET au test tréponémique. En cas de test RPR, un titrage doit être réalisé : le titre doit être supérieur ou égal à 1:8 pour confirmer la présence d'une syphilis active. L'utilisation d'un test non-tréponémique seul ou d'un test tréponémique seul peut être utile dans certaines situations pour décider du traitement. Leur spécificité n'est cependant pas suffisante pour des objectifs de surveillance des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. L'obligation d'avoir à la fois un test non-tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes diffère de l'indicateur concernant la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, car les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition tout au long de la vie, tandis que le test non-tréponémique est un meilleur indicateur d'une infection active.
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Points forts : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test améliore la spécificité des nombres de tests positifs indiqués dans les rapports. Cela permet aussi d'augmenter les chances d'identifier les cas de syphilis active. Points faibles : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test rend plus difficile l'obtention de données pour cet indicateur.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour assurer la fiabilité des résultats, l'assurance qualité et le contrôle de la qualité doivent faire partie intégrante du dépistage de la syphilis.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables. Comparez ces données avec des données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH, si celles-ci sont disponibles.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.

1.17.6 IST : nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois

Justification	Le fait de présenter une IST bactérienne aiguë telle que la syphilis primaire/secondaire est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de la syphilis primaire/secondaire contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH
---------------	--

	en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la syphilis non traitée peut être la cause de mortinaissances ainsi que de maladies néonatales et peut être débilitante, voire mortelle, chez l'adulte.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.
Numérateur	Nombre de cas de syphilis chez l'adulte déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus selon la Division de la Population des Nations Unies.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Sexe, syphilis primaire/secondaire et syphilis latente/statut inconnu : total, total pour les femmes, total pour les hommes, syphilis primaire/secondaire chez la femme, syphilis primaire/secondaire chez l'homme.
Points forts et points faibles	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas de syphilis, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition des cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel concernant les pratiques de dépistage.
Autres facteurs à prendre en compte	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection.

1.17.7 IST : nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois

Justification	Durant la grossesse, une syphilis non traitée a pour effet d'accroître le risque de transmission du VIH par la mère et de contamination de la mère par le VIH, ainsi que le risque de transmission du VIH au nourrisson. Elle peut aussi être la cause de mortinaissances, de décès néonataux et de maladies congénitales (ensemble, ces pathologies définissent la « syphilis congénitale »). Les moyens de dépistage et de traitement de la syphilis étant très efficaces, simples à utiliser et peu onéreux, des
---------------	---

	initiatives mondiales et régionales ont été lancées en vue d'éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis. Le taux de syphilis congénitale permet d'évaluer l'impact des interventions programmatiques en vue d'éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis.
Numérateur	Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Le diagnostic le plus fiable de la syphilis congénitale est établi à partir de tests diagnostiques rarement disponibles même dans les pays développés. La plupart des pays se fondent donc sur les antécédents et l'examen cliniques, ce qui complique la surveillance. Même si l'OMS a établi une définition mondiale du cas à des fins de surveillance, la définition utilisée peut varier d'un pays et d'une région à l'autre ainsi qu'au sein même de ces pays et de ces régions.
Autres facteurs à prendre en compte	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale.
Utilisation des données	Le diagnostic de la syphilis congénitale est difficile et la définition des cas utilisée peut varier, ce qui peut être à l'origine de problèmes de sous-déclaration ou de sur-déclaration. L'importance de ces erreurs de déclaration doit toujours être prise en compte lorsque l'on examine les taux de syphilis congénitale. Le suivi des tendances peut cependant s'avérer utile, pour autant que l'on utilise à chaque fois une définition identique des cas.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans les systèmes existants.

1.17.8 IST : nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois	
Justification	Le fait de présenter une IST bactérienne aiguë telle que la gonorrhée est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de la gonorrhée contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions

	programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la gonorrhée non traitée peut être la cause d'infections génitales hautes, de grossesses extra-utérines, d'une infertilité, d'une cécité et de pathologies disséminées. L'augmentation de la pharmacorésistance aux traitements actuellement recommandés pourrait rendre cette infection impossible à traiter.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la Population des Nations Unies.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel dans les pratiques de dépistage.
Autres facteurs à prendre en compte	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la gonorrhée, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Bien qu'elles soient utiles à des fins de suivi aux niveaux local et national, les données concernant la gonorrhée chez la femme ne sont pas requises à l'échelle mondiale car la majorité des femmes qui présentent une infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> sont asymptomatiques et les tests diagnostiques sensibles sont rarement disponibles dans les pays en développement. C'est pourquoi il est estimé que les données concernant la gonorrhée chez la femme sont trop tributaires des ressources diagnostiques et des pratiques de dépistage pour pouvoir faire l'objet d'un suivi adéquat à l'échelle mondiale. Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.
Utilisation des données	L'examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection – 2012.

1.17.9 IST : nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois

Justification	L'écoulement urétral chez l'homme est un syndrome d'IST généralement causé par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> . Le fait de présenter un syndrome aigu d'IST tel que l'écoulement urétral est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, l'écoulement urétral non traité peut être la cause d'une infertilité, d'une cécité et de pathologies disséminées. L'augmentation de la pharmacorésistance aux traitements actuellement recommandés pour les infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> pourrait rendre cette infection impossible à traiter.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic clinique peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel dans les pratiques de dépistage.
Autres facteurs à prendre en compte	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur l'écoulement urétral, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Le suivi des tendances en matière d'écoulement urétral permet de suivre les nouveaux cas incidents d'IST dans une population. Les données sur les pertes vaginales chez la femme peuvent être utiles pour le suivi aux niveaux local et national ; ces données ne sont cependant pas requises à l'échelle mondiale, car la majorité des cas d'écoulement vaginal dans de nombreuses régions du monde ne sont pas dus à des IST. Les pays doivent mener des évaluations périodiques de l'étiologie de l'écoulement urétral en vue de comprendre quelles en sont les principales causes et de déterminer le traitement approprié.

	Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.
Utilisation des données	L'examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection – 2012.

1.17.10 IST : nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois

Justification	Les ulcérations génitales sont un syndrome d'IST habituellement causé par la syphilis, le chancre mou ou le virus de l'herpès. Le fait de présenter un syndrome aigu d'IST tel que les ulcérations génitales est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance des ulcérations génitales contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, les ulcérations génitales non traitées peuvent être la cause de mortinaissances et de maladies néonatales et peuvent être débilantes, voire mortelles, chez l'adulte.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.
Numérateur	Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Sexe : total, hommes, femmes
Points forts et points faibles	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic clinique peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel concernant les pratiques de dépistage.
Autres facteurs à	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur les ulcérations génitales,

prendre en compte	indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Les pays doivent mener des évaluations périodiques de l'étiologie des ulcérations génitales afin de choisir les médicaments adéquats pour la prise en charge syndromique et d'apprécier dans quelle mesure les ulcérations génitales sont imputables à une infection incidente due à une infection récurrente au virus de l'herpès ou à une infection aiguë (syphilis, chancre mou ou virus de l'herpès). Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.
Utilisation des données	L'examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection – 2012.

Seulement pour l'OPS

1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS)	
Numérateur	Nombre de femmes enceintes qui étaient séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités. Ce numérateur implique de fournir un conseil à chaque femme enceinte et d'identifier l'ensemble de ses contacts sexuels. Une femme ne peut être incluse dans le numérateur que si l'ensemble de ses partenaires sexuels ont été traités.
Dénominateur	Nombre de femmes enceintes chez qui un test de dépistage de la syphilis était positif au cours de la grossesse.

Objectif 2 : Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection à l'horizon 2015

2.6 Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes	
Justification	Le traitement de substitution aux opioïdes représente un engagement à traiter la dépendance aux opioïdes et à réduire la fréquence des injections, la ramenant de préférence à zéro. Il est l'outil de santé publique le plus efficace pour réduire la consommation de drogue par injection chez les consommateurs d'opioïdes par injection. Son utilisation est également cruciale pour aider au traitement d'autres pathologies, notamment de l'infection à VIH, de la tuberculose et des hépatites virales.
Ce que mesure l'indicateur	L'engagement national et les progrès réalisés au niveau du pays en faveur du traitement de la dépendance aux opioïdes et de la réduction de la probabilité de transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes. Les données de recensement.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Points forts et points faibles	Le nombre de personnes sous traitement de substitution aux opioïdes doit être facilement disponible et valide puisque, normalement, ces personnes bénéficient d'une autorisation des autorités compétentes.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogue par injection et faisant l'objet d'un consensus mondial, veuillez consulter le document Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html) publié par l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et l'ONUSIDA.
Utilisation des données	Aide à évaluer le rapport entre l'offre et la demande de traitements de substitution aux opioïdes, en fonction du nombre et de la distribution des personnes dépendantes aux opioïdes dans le pays.
Autres références	OMS, ONUDD, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

2.7 Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et de sites de traitement de substitution aux opioïdes :

Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Justification	Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues sont parmi les interventions les plus efficaces pour la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection. Cet indicateur permet de mesurer si l'accès au matériel d'injection stérile est suffisant dans cette population.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (y compris les pharmacies qui dispensent des aiguilles et des seringues gratuitement). La disponibilité des sites pouvant fournir du matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogue par injection.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes nationaux.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Points forts et points faibles	De nombreux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ne sont pas « officiels », si bien qu'ils ne sont pas comptabilisés dans les données des programmes nationaux.
Autres facteurs à prendre en compte	Par « programmes de distribution d'aiguilles et de seringues », on entend tout programme qui comprend un accès à du matériel d'injection stérile et une élimination des déchets sans risque, dans le cadre de programmes fixes ou mobiles et/ou dans les pharmacies distribuant gratuitement du matériel d'injection. Dans de nombreux pays, la vente de matériel d'injection par les pharmacies est une source importante – parfois la plus importante – de matériel d'injection stérile accessible aux consommateurs de drogue par injection. Cependant, les pharmacies qui vendent des aiguilles et des seringues ne sont habituellement pas comptabilisées dans une base de données qui puisse être utilisée en tant que composante d'un programme de santé publique ou de réduction des risques. Si le nombre de ces pharmacies est disponible, veuillez l'indiquer et le faire ressortir. Habituellement, les pharmacies qui distribuent gratuitement des aiguilles et des seringues tiennent des registres sur ces distributions dans le cadre du programme et doivent être prises en compte. Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogue par injection et faisant l'objet d'un consensus mondial, veuillez consulter le document Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html) publié par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA.
Utilisation des données	Avoir un aperçu de la disponibilité des sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ainsi que des tendances au fil du temps. L'analyse peut être complétée par un examen de la localisation géographique des sites,

	ainsi que de la répartition géographique et de la densité de la population de consommateurs de drogue par injection dans le pays ; essayez d'évaluer s'il y a suffisamment de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues en fonction de la distribution des consommateurs de drogue par injection dans le pays.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : de nombreux sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ne sont pas « officiels » et peuvent être gérés par des ONG ; il est possible que le gouvernement n'ait aucune information sur ces sites. Veuillez essayer d'évaluer la représentativité nationale des chiffres donnés dans votre rapport.
Autres références	OMS, ONUDC, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html .

2.7 Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et de sites de traitement de substitution aux opioïdes :

Nombre de sites de traitement de substitution aux opioïdes

Justification	Le traitement de substitution aux opioïdes représente un engagement à traiter la dépendance aux opioïdes et à réduire la fréquence des injections, la ramenant de préférence à zéro. Il est l'outil de santé publique le plus efficace pour réduire la consommation de drogue par injection chez les consommateurs d'opioïdes par injection.
Ce que mesure l'indicateur	L'engagement national et les progrès réalisés au niveau du pays en faveur du traitement de la dépendance aux opioïdes et de la réduction de la probabilité de transmission du VIH chez les consommateurs de drogue par injection. Le nombre de sites de traitement de substitution aux opioïdes et la disponibilité des sites qui fournissent le traitement de substitution aux opioïdes aux consommateurs de drogue par injection.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes nationaux.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Points forts et points faibles	Les sites de traitement de substitution aux opioïdes doivent être faciles d'accès et valides car ils doivent habituellement être homologués par les autorités compétentes. Il est cependant possible que le nombre de sites ne représente pas le nombre d' <i>endroits</i> où le traitement est disponible. L'obtention d'estimations pour des sous-groupes de population peut être difficile et ajouter une certaine part d'incertitude.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogue par injection et faisant l'objet d'un consensus

	mondial, veuillez consulter le document Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html .
Utilisation des données	Avoir un aperçu de la disponibilité des sites de traitement de substitution aux opioïdes ainsi que des tendances au fil du temps. Essayez également d'analyser les données en fonction de la répartition géographique des sites de traitement de substitution aux opioïdes et de la répartition géographique et de la densité des consommateurs d'opioïdes par injection dans le pays. Si possible, essayez également d'interpréter l'indicateur en prenant en compte les informations disponibles sur le nombre d'endroits où le traitement de substitution aux opioïdes est fourni dans chaque site. Essayez d'évaluer si le traitement de substitution aux opioïdes est suffisamment disponible en fonction de la distribution des consommateurs d'opioïdes par injection dans le pays.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : de nombreux sites de traitement de substitution aux opioïdes ne sont pas « officiels » et peuvent être gérés par des ONG ; il est possible que le gouvernement n'ait aucune information sur ces sites. Veuillez essayer d'évaluer la représentativité nationale des chiffres donnés dans votre rapport.
Autres références	OMS, ONUDC, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html ..

Objectif 3 : Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et réduire fortement les décès maternels liés au sida à l'horizon 2015

3.4 Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut par rapport au VIH	
[qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats – au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période post-partum (≤ 72 heures) –, y compris celles dont le statut par rapport au VIH était déjà connu]	
Justification	Déterminer le statut par rapport au VIH d'une femme enceinte assure un point d'entrée pour qu'elle bénéficie d'autres services de PTME et pour adapter la prévention, les soins et le traitement à ses besoins.
Ce que mesure l'indicateur	Les activités menées pour déterminer le statut par rapport au VIH des femmes enceintes au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH est connu : Il est établi à partir du nombre de femmes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu qui ont consulté dans les services de soins prénatals, de maternité et de soins post-partum, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat ainsi que du nombre de femmes dont l'infection à VIH était connue et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse au cours des 12 derniers mois. Femmes enceintes dont l'infection à VIH était connue : femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dont le résultat positif a été confirmé à tout moment antérieur à la grossesse actuelle et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse. Il n'est pas nécessaire de faire un nouveau dépistage à ces femmes si l'on dispose de documents conformes aux directives nationales de dépistage chez les femmes enceintes qui prouvent qu'elles sont séropositives.¹ En revanche, elles ont besoin de bénéficier des services de PTME et sont comptabilisées dans le numérateur. Femmes enceintes (et après la grossesse) dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu : femmes qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage au cours des soins prénatals ou au cours du travail et de l'accouchement lors de cette grossesse ou qui ne disposent pas de documents prouvant qu'un dépistage a été réalisé au cours de cette grossesse. Le numérateur est la somme des catégories (a) à (c) ci-dessous : (a-1) femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats au cours des soins prénatals ; (a-2) femmes enceintes dont l'infection à VIH était connue et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse ; (b) femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu, qui

¹ Dans la plupart des situations, il est nécessaire de disposer d'un document prouvant l'infection à VIH (carte de soins et de traitement, carte maternelle d'une grossesse précédente ou tout autre document écrit fiable confirmant le statut par rapport au VIH). Sans preuve de l'existence de l'infection à VIH, les femmes sont généralement considérées comme ayant un statut par rapport au VIH « inconnu » et le test est alors souvent refait. Les directives nationales doivent être consultées.

	ont été admises dans un service de maternité, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat ; et (c) femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu, qui ont consulté dans les services de soins post-partum dans les 72 heures suivant l'accouchement, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat. Les catégories (a-1), (b) et (c) incluent toutes les femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH, quel que soit le résultat du test VIH. La catégorie (a-2) inclut les femmes dont le statut positif par rapport au VIH était déjà connu. Les données transmises peuvent être ventilées selon les catégories suivantes : (a) femmes dont l'infection à VIH était déjà connue (séropositives) quand elles ont consulté dans les services de soins prénatals ; (b) femmes dont l'infection à VIH a été nouvellement identifiée ; et (c) femmes dont le test VIH est négatif (les autres). Voir aussi la section Ventilation pour la préparation des rapports mondiaux.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé concernant les services de soins prénatals, des maternités et des services de soins post-partum. Dans les pays où le taux de fréquentation des services de maternité est élevé, les données peuvent être collectées en utilisant uniquement les registres de ces services, le résultat du dépistage y étant stipulé pour la plupart des femmes enceintes. Les registres des établissements de santé doivent enregistrer les cas d'infections à VIH connues chez les femmes enceintes qui consultent dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse, afin que ces femmes puissent recevoir des services de PTME. Tous les établissements (publics, privés et gérés par des ONG) qui fournissent des services de conseil et de dépistage aux femmes enceintes doivent être inclus. Le dénominateur est obtenu à partir du nombre de femmes enceintes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (nombre estimé au niveau de la population), qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives.
Ventilation	Stades de la grossesse : prénatal, travail et accouchement, post-partum. Réception des résultats : dépistage réalisé, dépistage réalisé et résultats reçus. Statut par rapport au VIH : nombre de femmes séropositives.
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet à un pays de suivre les tendances du dépistage du VIH chez la femme enceinte. Les différents moments où les femmes sont perdues de vue au cours du processus de conseil et de dépistage et les raisons de ce

	phénomène ne sont pas pris en compte par cet indicateur. Cet indicateur ne mesure pas la qualité du conseil et du dépistage. Il ne rend pas non plus compte du nombre de femmes qui ont bénéficié d'un conseil avant le test.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour que les femmes enceintes dont l'infection à VIH était déjà connue et qui consultent dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse puissent bénéficier des interventions de PTME, les registres des établissements de santé doivent indiquer par un code, un cercle ou tout autre moyen ces cas d'infections à VIH connues (même si leur dépistage n'a pas été réalisé sur ce site). Toutes les catégories ne seront pas toujours pertinentes ou importantes dans tous les contextes (par exemple les femmes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu et qui bénéficient d'un dépistage dans les 72 heures post-partum). Les pays peuvent souhaiter que les ressources (révision des outils, temps, argent) soient investies en priorité pour effectuer les mesures selon les catégories pertinentes dans leur contexte. Il peut être important pour les directeurs de programmes d'utiliser des indicateurs supplémentaires au niveau infranational et au niveau des établissements afin de mesurer les tendances et l'évolution du processus de conseil et de dépistage, par exemple l'utilisation du dépistage et le fait de recevoir les résultats. Il est également important de connaître le nombre de femmes dont le statut par rapport au VIH a été déterminé au niveau de chaque type de service, c'est-à-dire le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le statut est connu, le pourcentage de celles qui ont été reçues dans les maternités et dont le statut est connu, etc. Cet indicateur peut faire l'objet d'une triangulation et être validé en utilisant les enquêtes en population, comme les Enquêtes démographiques et sanitaires (généralement conduites tous les cinq ans) ou les enquêtes sur les indicateurs du sida (enquêtes en population qui peuvent être menées à une fréquence plus rapprochée).
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Si des données ventilées par région sont disponibles, voyez s'il est possible d'identifier des régions moins performantes que les autres. Vérifiez la disponibilité des données sur le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui connaissent leur statut par rapport au VIH (parmi celles dont le statut par rapport au VIH était déjà préalablement confirmé et celles qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH) et le pourcentage de femmes reçues dans les services de maternité qui connaissent leur statut par rapport au VIH.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Doublons : le dépistage du VIH chez une femme enceinte pouvant être réalisé à plusieurs reprises au cours des soins prénatals, du travail et de l'accouchement et du post-partum, il existe donc un risque de doublons pour cet indicateur. Cela est particulièrement vrai quand le test est refait chez les femmes consultant dans différents établissements ou qui arrivent à la maternité sans document prouvant qu'un test a déjà été réalisé. Il est impossible d'éviter entièrement les doublons, mais les pays doivent s'assurer qu'un système de collecte et de transmission des données est en place pour minimiser ce problème, en faisant par exemple en sorte que les patientes et les

	établissements disposent d'un document donnant un compte rendu des services de soins prénatals et pouvant prouver que le dépistage a bien été réalisé. Pour obtenir le nombre <i>total</i> de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage, il ne faut pas additionner le nombre <i>total</i> de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans les services de soins prénatals et dans les maternités. Nous nous intéressons au nombre de <i>femmes</i> qui ont bénéficié de ce dépistage et non au nombre total de tests effectués (c'est-à-dire que si une femme bénéficie d'un dépistage dans les services de soins prénatals puis à nouveau dans une maternité, il faut essayer de ne la comptabiliser qu'une seule fois). Il est important d'inclure dans le numérateur les femmes dont l'infection à VIH était déjà connue (même si un nouveau test de dépistage du VIH n'est pas réalisé, l'infection à VIH a été identifiée pour leur permettre de bénéficier des interventions de PTME). Nombre de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage et nombre de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage et reçu le résultat : si ces nombres sont disponibles, veuillez indiquer le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH ainsi que le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage et reçu le résultat (ce dernier ne devant pas excéder le premier). Si, pour l'heure, votre système de collecte de données ne peut faire la distinction entre les femmes qui connaissent leur statut par rapport au VIH et celles qui ne le connaissent pas et s'il vous est impossible de fournir les données ventilées de cette manière, veuillez examiner les données disponibles et en extraire les données les plus fiables sur les <i>femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH a été déterminé</i> au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou des premières 72 heures post-partum. Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données. Veuillez faire part de tout commentaire sur la source de votre dénominateur.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°3.

3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois	
Justification	L'implication des hommes est d'une importance cruciale pour fournir des services axés sur la famille aux femmes enceintes infectées par le VIH, à leur nourrir ainsi qu'aux autres membres de leur famille. Elle représente également un outil important de prévention de l'infection à VIH et peut aider les couples séronégatifs à éviter d'être contaminés par le VIH. Le dépistage chez le partenaire est la première étape pour impliquer les partenaires masculins, indépendamment du statut du couple par rapport VIH.
Ce que mesure l'indicateur	Le pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH lors de la grossesse de leur partenaire féminin au cours des 12 derniers

	mois.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur peut être calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux compilés à partir des registres des établissements de santé. Le partenaire masculin peut bénéficier d'un dépistage du VIH lorsqu'il accompagne la femme lors de la première visite dans les services de soins prénatals ou lors de visites de suivi dans ces services, ou bien seul lors d'une visite distincte, par exemple dans le cadre d'une permanence de dépistage mise en place spécifiquement pour les partenaires masculins. En fonction du contexte, les données peuvent être agrégées à partir des registres des services de soins prénatals ou des registres de conseil et de dépistage. Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) qui dispensent des services de soins prénatals doivent être inclus. Si cela est faisable, les programmes peuvent envisager de collecter des données pour savoir si le partenaire masculin et le partenaire féminin se sont dévoilés l'un à l'autre leur statut par rapport au VIH en présence d'un membre du personnel du service de consultation.
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet aux pays de suivre les retombées des mesures mises en place pour augmenter le recours au dépistage chez les partenaires masculins des femmes enceintes qui consultent dans les services de soins prénatals. Il ne permet pas de mesurer si le partenaire masculin a reçu son résultat ou des services de suivi quels qu'ils soient. L'indicateur ne prend pas en compte les clientes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont plus d'un partenaire ou dont le partenaire a pu changer au fil du temps. De même, il n'inclut pas les partenaires qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans des structures autres que les services de soins prénatals et qui n'ont pas de liens avec ces services (par exemple des centres de conseil et de dépistage volontaire ou de dépistage à l'initiative du prestataire). Il est possible que certains sites ne collectent pas les données sur le dépistage chez les partenaires masculins ou bien qu'ils n'agrègent ou ne transmettent pas de manière systématique ces données. La mesure de cet indicateur peut exiger un investissement et des ressources supplémentaires pour la révision des outils de collecte des données et des formulaires de synthèse.
Autres facteurs à prendre en compte	Bien que le dépistage du VIH chez les partenaires masculins soit un outil important pour améliorer leur implication et prévenir la transmission au cours de la grossesse, il est aussi un point d'entrée capital pour que ces hommes reçoivent des soins continus et pour des soins axés sur la famille. Dans le

	cadre d'un programme complet de soins et de traitement, les prestataires de soins doivent s'assurer que les services de suivi appropriés sont dispensés à tous les partenaires dont le dépistage du VIH se révèle positif et consigner des informations sur le sujet.
Utilisation des données	Interpréter en se basant sur le contexte du pays et sur l'applicabilité dans le pays. Étudier les moyens d'augmenter la couverture.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données. Si le nombre de couples discordants est facilement disponible, veuillez l'indiquer dans la section <i>Commentaires</i>, en l'accompagnant si nécessaire de toute information utile.
Autres références	Indicateur additionnel PTME N°A3.

3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères pour recevoir un traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4

Justification	Les femmes enceintes infectées par le VIH qui remplissent les critères cliniques et immunologiques (quand ceux-ci peuvent être évalués) pour recevoir un traitement antirétroviral (TAR) doivent recevoir ce traitement. Le TAR préserve la santé maternelle et réduit le risque de transmission mère-enfant (TME). Les services de PTME doivent réaliser ces évaluations. Les femmes qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR doivent recevoir une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour la PTME selon les directives nationales et les recommandations.
Ce que mesure l'indicateur	La couverture de l'évaluation des critères pour recevoir un TAR chez les femmes enceintes infectées par le VIH, soit en fonction de critères cliniques conformes aux critères définissant les stades cliniques de l'OMS, soit selon des critères immunologiques au moyen d'un test de numération des CD4. L'évaluation peut être faite sur place ou après être dirigé sur un centre spécialisé.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères pour recevoir un TAR ont été évalués soit par la détermination du stade clinique, soit par la numération des CD4, sur place ou après être dirigées sur un centre spécialisé, au cours des 12 derniers mois. « Sur place » signifie que la dispensation des services se fait au sein même de la structure ou de l'enceinte de l'établissement de santé. Par exemple la détermination du stade clinique de l'infection à VIH peut être disponible dans l'unité de soins prénatals ; l'échantillon de sang pour réaliser une numération des CD4 peut quant à lui être prélevé dans l'unité de soins et de traitement de l'infection à VIH appartenant au même établissement de santé. Ces deux services sont alors considérés comme étant dispensés « sur place ». « Être dirigé sur un centre spécialisé » peut se faire sur place ou ailleurs ; cela consiste à adresser un patient vers un service, un prestataire de soins ou un

	établissement de santé différent. Il arrive souvent que les patients reviennent vers l'établissement ou l'unité de service de départ où ils continuent à être suivis, ou vers le prestataire de soins de départ qui continue alors à les suivre, les informations sur les services fournis étant transmises en retour. Les établissements sur lesquels les patients ont été dirigés doivent collecter des informations sur les services fournis à ces patients et sur les résultats de ces services. Cet indicateur doit être ventilé par type d'évaluation (stade clinique ou numération des CD4). Les femmes dont les critères pour recevoir un TAR ont été évaluées sur la base du stade clinique et de la numération des CD4 ne doivent être comptabilisées qu'une seule fois et il ne faut tenir compte que de l'évaluation par la numération des CD4.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH, au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé. L'évaluation peut se faire dans les services de soins prénatals ou dans les unités de soins et de traitement de l'infection à VIH, sur place ou après être dirigé sur un centre spécialisé. Les données doivent être agrégées à partir des registres appropriés en tenant compte de quels sont les registres qui collectent les données, du lieu où l'évaluation a été réalisée, de la possibilité de doublons ou de sous-déclaration et de la nécessité d'obtenir des données précises au niveau national. Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où les critères pour recevoir un TAR sont évalués (sur place ou après être dirigé sur un centre spécialisé) chez les femmes enceintes infectées par le VIH doivent être inclus. Deux méthodes peuvent être utilisées pour calculer le dénominateur : • Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) ; utilisez le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou • Multiplication du nombre de femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte¹ (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins

¹ Les estimations nationales du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH doivent être obtenues en ajustant les données de surveillance des sites sentinelles des services de soins prénatals et les données provenant d'autres sources, en prenant en compte certaines caractéristiques de la prévalence de l'infection à VIH, par exemple en fonction de la distribution de l'âge et de la répartition entre milieu rural et milieu urbain.

	prénatales), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum.
Ventilation	Méthode d'évaluation des critères pour recevoir un TAR : stade clinique, numération des CD4.
Points forts et points faibles	Le point fort de cet indicateur est qu'il permet aux pays d'observer dans quelle mesure les femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient d'une intervention cruciale pour accéder au TAR pour leur propre santé. Il ne rend pas compte du fait que les femmes enceintes infectées par le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR ont reçu ou non ce traitement. Bien que chaque catégorie soit entièrement distincte l'une de l'autre, il existe pour cet indicateur un risque de doublons des femmes enceintes séropositives au VIH dont les critères pour recevoir un TAR ont été évalués à la fois sur le plan clinique et immunologique et de celles qui ont bénéficié de cette évaluation dans différentes unités ou dans différents établissements de santé. Les pays doivent assurer la mise en place de mécanismes pour réduire ce risque de doublons. Cet indicateur ne prend pas en compte les femmes qui peuvent avoir été identifiées comme séropositives au VIH au cours du travail et de l'accouchement et qui ont bénéficié ultérieurement d'une évaluation des critères pour recevoir un TAR.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour obtenir davantage d'informations sur les tendances nationales du pourcentage de femmes enceintes remplissant les critères pour recevoir un TAR, il est recommandé aux pays de ventiler les données en fonction du statut des critères pour recevoir un TAR. Pour faciliter et améliorer le suivi des femmes enceintes infectées par le VIH dirigées sur un autre établissement de santé ou une autre unité de service au sein du même établissement de santé, les prestataires de soins doivent, le cas échéant, prendre des mesures pour enregistrer dans le registre du service de soins prénatals/PTME que ces femmes ont été dirigées sur un centre spécialisé et les services dont elles ont bénéficié.
Utilisation des données	Le but est d'atteindre 100 % ; une fois ces 100 % atteints en routine, cet indicateur peut devenir obsolète. Analyser les informations supplémentaires obtenues à partir des données ventilées selon la méthode utilisée pour l'évaluation des critères pour recevoir un TAR (stade clinique ou numération des CD4) ainsi que toute donnée disponible sur les délais de réception du résultat de la numération des CD4 en fonction du lieu.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°4.

3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, à qui a été fournie une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce au cours des six premières semaines de vie (c'est-à-dire la transmission post-partum précoce à l'âge de six semaines environ)

Justification	Le risque de TME peut être considérablement diminué par l'utilisation d'approches complémentaires : administration d'ARV à la mère pendant la grossesse et l'accouchement (pour un traitement ou une prophylaxie), administration d'une prophylaxie par ARV au nourrisson et administration d'ARV à la mère ou à l'enfant au cours de l'allaitement au sein (en cas d'allaitement au sein), utilisation de pratiques d'accouchement sûres et utilisation de pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès réalisés dans la PTME au cours de la période post-partum précoce grâce à la fourniture d'une prophylaxie par ARV aux nourrissons exposés au VIH.
Numérateur	Nombre de nourrissons, nés au cours des 12 derniers mois de femmes infectées par le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par ARV pour réduire la TME précoce (c'est-à-dire la transmission post-partum précoce, au cours des six premières semaines de vie).
Dénominateur	Nombre estimé de naissances vivantes chez les femmes infectées par le VIH, au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé. En fonction des pays, les ARV administrés peu après l'accouchement aux nourrissons exposés au VIH peuvent être dispensés dans les maternités pour les nourrissons nés dans une maternité, dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile pour les nourrissons nés à domicile et amenés dans une structure de santé, ou encore dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH ou dans d'autres lieux. Trois méthodes peuvent être utilisées pour calculer le numérateur : • Décompte au moment de la dispensation des ARV : dans les situations où le taux d'accouchement en maternité est faible, les données pour le numérateur doivent être compilées là où les ARV sont dispensés et les données enregistrées. Il existe un risque de doublons dans les situations où les ARV sont dispensés lors de différentes visites (plus d'une visite) ou dans différents établissements de santé. Les pays doivent s'assurer qu'un système de collecte et de transmission des données est en place pour réduire la probabilité de doublons. • Décompte à un moment proche de l'accouchement : dans les situations où une grande proportion des femmes accouchent dans un établissement de santé, les pays peuvent obtenir une estimation du numérateur entièrement à partir des registres de maternité, en comptabilisant le nombre de nourrissons exposés au VIH qui ont reçu un schéma d'ARV particulier

	avant leur sortie de la maternité. Cette méthode est probablement la plus fiable et la plus précise pour calculer cet indicateur lorsque le taux d'accouchements en maternité est élevé et le taux de suivi est faible, le schéma d'ARV dispensé correspondant étant comptabilisé au moment où il est dispensé au nourrisson. • Décompte dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile : les pays peuvent aussi comptabiliser et agréger le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant reçu une prophylaxie par ARV qui ont été enregistrés dans les services de consultation de soins postnatals ou dans les services de santé infantile, si la fréquentation de ces services est élevée et si la probabilité de connaître le statut d'exposition du nourrisson est élevée (par exemple à partir des registres des services de soins postnatals, de registres spécifiques ou de registres intégrés pour les nourrissons exposés au VIH). Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où sont dispensés aux nourrissons exposés au VIH des ARV pour la PTME doivent être inclus. Deux méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du dénominateur : • Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) : utilisez comme indication indirecte le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou • Multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte¹ (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins prénatals), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum. Si l'on dispose de données sur le nombre de naissances vivantes, ces données doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.
Ventilation	Non demandée.
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture des schémas prophylactiques d'ARV dispensés ou mis en route chez les nourrissons exposés au VIH pour réduire le risque de TME précoce du VIH. Cet indicateur mesure l'ampleur de la dispensation des ARV aux nourrissons pour être utilisés en tant que prophylaxie. Il n'indique pas si ces nourrissons ont consommé ou non ces ARV ; il n'est donc pas possible de déterminer

¹ Les estimations nationales du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH doivent être obtenues en ajustant les données de surveillance des sites sentinelles des services de soins prénatals et les données provenant d'autres sources, en prenant en compte certaines caractéristiques de la prévalence de l'infection à VIH, par exemple en fonction de la distribution de l'âge et de la répartition entre milieu rural et milieu urbain.

	l'observance des schémas d'ARV ou de savoir si l'ensemble du schéma a été reçu.
Autres facteurs à prendre en compte	Les pays qui ont mis en place des mécanismes pour que les nourrissons exposés au VIH puissent recevoir des ARV dans leur communauté doivent s'assurer qu'il existe un système de collecte de données pour transmettre des informations sur les nourrissons recevant des schémas d'ARV dans ce contexte.
Utilisation des données	Comparer la valeur de l'indicateur avec la couverture des schémas d'ARV pour les mères (Indicateur I-10) et déterminer la signification possible des données dans le contexte du pays. Certains pays peuvent souhaiter approfondir ces questions et réaliser une analyse simultanée évaluant les schémas prophylactiques à base d'ARV reçus par les nourrissons en fonction des schémas reçus par les mères.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°6.

3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance

Justification	La prophylaxie par le cotrimoxazole est une intervention simple et offrant un bon rapport coût-efficacité pour prévenir la pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> chez les nourrissons infectés par le VIH. Cette infection est la principale cause de maladies respiratoires graves chez ces nourrissons dans les pays à ressources limitées. Elle survient souvent avant que l'infection à VIH ait pu être diagnostiquée. En raison des contraintes en termes de ressources et des problèmes logistiques pour diagnostiquer l'infection à VIH chez le jeune nourrisson, tout nourrisson né d'une femme infectée par le VIH doit recevoir une prophylaxie par le cotrimoxazole à partir de l'âge de 4 à 6 semaines et la poursuivre jusqu'à ce que le diagnostic d'infection à VIH ait été éliminé et que le nourrisson ne soit plus à risque d'être infecté par le VIH par le biais de l'allaitement au sein.
Ce que mesure l'indicateur	La dispensation et la couverture de la prophylaxie par le cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, conformément aux lignes directrices internationales. ¹
Numérateur	Nombre de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une

¹ OMS. Directives sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte – Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

	prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance, au cours des 12 mois précédents.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH ayant donné naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé. Les données doivent de préférence être agrégées à partir des sites et des registres appropriés, par exemple de registres spécifiques ou de registres intégrés pour les nourrissons exposés au VIH, selon le lieu où les services sont dispensés et où les données sont enregistrées. Quand par exemple les nourrissons exposés au VIH sont suivis par des agents de santé dans des services de soins et de traitement de l'infection à VIH, les pays peuvent agréger les informations à partir du registre établi sur ce site. Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où la prophylaxie par le cotrimoxazole est dispensée aux nourrissons exposés au VIH doivent être inclus. Deux méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du dénominateur : • Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) : utilisez comme indication indirecte le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou • Multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte¹ (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins prénatals), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum ou par toute autre manière. Si l'on dispose de données sur le nombre de naissances vivantes, celles-ci doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.
Ventilation	Non demandée.
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet aux pays de suivre les progrès réalisés dans le suivi précoce des nourrissons exposés au VIH, en mesurant la dispensation du cotrimoxazole conformément aux lignes directrices internationales. Il peut également être utilisé comme indication indirecte des visites de suivi précoce au cours des 4 à 6 premières semaines de vie des nourrissons exposés au

¹ Les estimations nationales du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH doivent être obtenues en ajustant les données de surveillance des sites sentinelles des services de soins prénatals et les données provenant d'autres sources, en prenant en compte certaines caractéristiques de la prévalence de l'infection à VIH, par exemple en fonction de la distribution de l'âge et de la répartition entre milieu rural et milieu urbain.

	VIH. Cet indicateur ne prend en compte que les nourrissons qui reviennent vers les services de suivi des nourrissons exposés au VIH au cours des deux mois qui suivent la naissance. Il ne mesure pas la couverture <i>réelle</i> de la prophylaxie par le cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, cette prophylaxie pouvant avoir été mise en route après l'âge de deux mois chez certains d'entre eux. Une valeur faible pour cet indicateur peut indiquer la présence d'éventuels obstacles dans le système, par exemple une gestion inefficace de l'approvisionnement en cotrimoxazole dans le pays, une collecte de données de qualité insuffisante et des systèmes inadéquats de distribution.
Autres facteurs à prendre en compte	Les pays peuvent également souhaiter obtenir des informations sur la dispensation du cotrimoxazole aux nourrissons exposés au VIH âgés de plus de deux mois, en considérant cette opération comme un moyen de suivre les progrès réalisés par le programme d'une manière générale, d'identifier les problèmes que peut poser la mise en route précoce de la prophylaxie par le cotrimoxazole et de suivre le rapport entre la consommation et les besoins en approvisionnement. Une mauvaise gestion de l'approvisionnement peut avoir un impact négatif sur la valeur de l'indicateur et réduire considérablement l'accès au cotrimoxazole des nourrissons exposés au VIH. Les pays doivent s'assurer de la mise en place de systèmes et d'outils appropriés, en particulier des outils du Système de gestion et d'information logistique pour l'approvisionnement, la distribution et la gestion des stocks au niveau des établissements, au niveau des districts et au niveau central.
Utilisation des données	Les données peuvent aussi être utilisées en tant qu'indication du nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont vus en consultation dans un établissement de santé au cours des deux mois qui suivent la naissance. Si la valeur de l'indicateur est faible, recherchez quelle peut en être la cause (par exemple si les nourrissons exposés au VIH ne viennent pas dans les établissements dans les deux mois, s'il y a des épisodes de ruptures de stock de cotrimoxazole, etc.).
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : si cet indicateur est obtenu à partir d'un sous-ensemble d'établissements de santé, veuillez ajouter des commentaires sur la représentativité. Options de triangulation : registres des pharmacies. Le cas échéant, veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> si les données transmises concernent le cotrimoxazole dispensé aux nourrissons après l'âge de deux mois.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°8.

3.10 Distribution des pratiques d'alimentation (allaitement au sein exclusif, alimentation de substitution, alimentation mixte/autre) chez les nourrissons nés de femmes infectées par le VIH, à la visite de vaccination par le DTC3

Justification	La transmission du VIH peut se produire lors de l'allaitement au sein, même quand 100 % des femmes infectées par le VIH reçoivent soit un TAR à vie, soit des ARV en tant que prophylaxie pour la PTME. Comparée à l'allaitement au sein exclusif, une alimentation mixte avant l'âge de six mois augmente le risque de transmission. Quand une femme connue pour être séropositive au VIH allaite son nourrisson au sein, l'OMS recommande donc que cette femme reçoive des ARV pour diminuer le risque de transmission et allaite exclusivement au sein pendant les six premiers mois, introduise des aliments de complément à partir de l'âge de six mois et continue l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 12 mois. Dans la plupart des pays, la couverture de la vaccination par le DTC3 recommandée aux environs de l'âge de 14 semaines est relativement élevée. Il est donc proposé de collecter les données à ce moment car il correspond à celui où la plupart des nourrissons sont vus en consultation et qu'il est équidistant de la naissance et de l'arrêt de l'allaitement au sein exclusif. Les informations collectées seront ainsi comparables à celles concernant l'allaitement au sein exclusif dans la population générale ayant fait l'objet d'un compte rendu dans les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Ce que mesure l'indicateur	Les pratiques d'alimentation¹ des nourrissons exposés au VIH, en utilisant la méthode de remémoration après 24 heures. Elles sont mesurées au moment de l'administration du DTC3 aux nourrissons, qui a souvent lieu aux environs de l'âge de trois mois ou lors de la visite la plus proche après l'âge de trois mois.
Numérateur	Les numérateurs sont ventilés comme suit : I12a : nombre de nourrissons exposés au VIH recevant un allaitement au sein exclusif à ou aux environs de la visite de vaccination par le DTC3 ; I12b : nombre de nourrissons exposés au VIH recevant une alimentation de substitution à ou aux environs de la visite de vaccination par le DTC3 ; et I12c : nombre de nourrissons exposés au VIH recevant une alimentation mixte à ou aux environs de la visite de vaccination par le DTC3. Les numérateurs ne prennent en compte les pratiques d'alimentation que pour

¹ Les pratiques d'alimentation du nourrisson mesurées par cet indicateur sont définies comme suit :

Allaitement au sein exclusif : le nourrisson ne reçoit que du lait maternel, sans aucun autre liquide ou solide, ni même de l'eau, à l'exception de gouttes ou de sirops composés de vitamines, de suppléments minéraux ou de médicaments, jusqu'à un âge maximum de six mois. Par définition, le lait maternel inclut le lait d'une nourrice et le lait maternel exprimé.

Alimentation de substitution (pas du tout de lait maternel) : alimentation d'un nourrisson, qui n'est pas du tout allaité au sein, avec des aliments qui lui fournissent tous les nutriments dont il a besoin jusqu'à ce qu'il puisse manger la même nourriture que les autres membres de la famille. Durant les six premiers mois, l'alimentation de substitution doit être assurée par un substitut approprié du lait maternel, qui est généralement une préparation commerciale pour nourrissons (l'utilisation du lait d'origine animale modifié à domicile n'étant plus recommandée pour alimenter les nourrissons durant les six premiers mois de vie, sauf en cas d'urgence).

Alimentation mixte : alimentation constituée par du lait maternel et d'autres aliments solides ou liquides pour les nourrissons âgés de 0 à 6 mois.

	les nourrissons connus pour être exposés au VIH qui visitent les établissements de santé.
Dénominateur	Le dénominateur est le même pour les trois indicateurs : le nombre de nourrissons exposés au VIH dont le mode d'alimentation a été évalué lors de la visite de vaccination par le DTC3. Les nourrissons seront âgés d'environ trois mois ou plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les numérateurs sont calculés à partir des comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé. Les données doivent de préférence être agrégées à partir des sites et des registres appropriés, par exemple de registres spécifiques ou de registres intégrés pour les nourrissons exposés au VIH, selon le lieu où les services sont dispensés et où les données sont enregistrées. À chaque visite, le prestataire de soins doit s'enquérir des pratiques d'alimentation du nourrisson au cours des dernières 24 heures, en posant la question suivante : « Qu'avez-vous donné à manger ou à boire à votre bébé au cours de la journée d'hier et de la nuit dernière ? » Après chaque réponse, le prestataire de soins doit demander : « Avez-vous donné autre chose ? » La réponse doit être enregistrée comme suit : allaitement au sein exclusif, alimentation de substitution, alimentation mixte. Alors que ces données sont collectées et enregistrées à chaque visite sur la carte de santé de l'enfant, le prestataire de soins n'a besoin d'enregistrer la réponse qu'une seule fois dans le registre – au cours de la visite de vaccination par le DTC3. Ces informations seront compilées et transmises au niveau national. Dans les situations où les nourrissons exposés au VIH sont vus dans des services de soins et de traitement de l'infection à VIH, les données doivent être collectées au cours de la visite ayant lieu aux environs de l'âge de trois mois. Le dénominateur est calculé à partir du nombre total de nourrissons exposés au VIH chez qui les pratiques d'alimentation ont été évaluées. Les nourrissons exposés qui n'ont pas consulté dans les établissements de santé ne sont pas inclus dans le dénominateur. Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) qui assurent un suivi des nourrissons exposés au VIH doivent être inclus.
Ventilation	Pratiques d'alimentation des nourrissons : allaitement au sein exclusif, alimentation de substitution, alimentation mixte/autre, sans catégorie/autres catégories.
Points forts et points faibles	Les indicateurs mesurent les progrès importants réalisés en matière de pratiques d'alimentation à moindre risque du nourrisson chez les mères infectées par le VIH et leurs nourrissons exposés. Ils peuvent aussi être utilisés pour indiquer la qualité du conseil sur les pratiques d'alimentation du nourrisson (un faible taux d'alimentation mixte indiquant probablement un conseil et un soutien appropriés en matière d'alimentation du nourrisson) et pour faire une modélisation de l'impact de l'intervention dans un pays (voir l'indicateur clé 12 dans le Guide de suivi et d'évaluation de la PTME, ou l'indicateur 3.3 du GARPR – taux de TME modélisé). Il faut noter que l'indicateur ne donne aucune indication sur la qualité de l'alimentation de substitution donnée au

	nourrisson, ni sur l'impact des pratiques d'alimentation sur la survie des enfants. Les informations peuvent être comparées à celles obtenues à partir des enquêtes en population (par exemple des Enquêtes démographiques et sanitaires) qui suivent les pratiques d'alimentation du nourrisson dans la population générale. Ces indicateurs peuvent ne pas rendre compte de la distribution réelle des pratiques d'alimentation des nourrissons exposés au VIH au plan national. En effet, ils n'incluent pas les nourrissons exposés qui pourraient déjà être décédés, ceux dont on ne sait pas s'ils sont ou ont été exposés, ceux qui sont ou ont été exposés mais dont la mère ne les a pas conduits dans un établissement de santé à ou aux environs de l'âge de trois mois (pour recevoir le DTC3 ou pour toute autre raison).
Autres facteurs à prendre en compte	Pour bien comprendre l'étendue et la nature des pratiques d'alimentation du nourrisson, les pays peuvent envisager de mener des études spécifiques en suivant une cohorte de femmes infectées par le VIH qui optent pour une alimentation de substitution ou pour un allaitement au sein exclusif. En plus de mesurer les pratiques d'alimentation du nourrisson, ces études peuvent examiner les raisons pour lesquelles les femmes qui ont opté pour l'allaitement au sein ou l'alimentation de substitution suivent ou non rigoureusement ces pratiques et vérifier si les critères d'une alimentation acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable sont respectés. Elles peuvent aussi examiner les différents types d'aliments et de liquides donnés aux nourrissons avant l'âge de six mois, en plus du lait maternel ou des préparations pour nourrissons ainsi que les questions en rapport avec l'arrêt de l'allaitement au sein exclusif à six mois et le début d'une alimentation de complément à partir de ce moment. Une autre question à examiner est celle de l'impact du diagnostic précoce chez le nourrisson sur les pratiques d'alimentation et, si ce diagnostic est négatif, des moyens à mettre en place pour améliorer le soutien aux mères à cette période. Dans les pays où le suivi des nourrissons exposés a été intégré dans les services communautaires de proximité, les programmes doivent identifier un mécanisme de collecte de données au niveau communautaire pour cet indicateur. Les pays peuvent souhaiter collecter ces données à d'autres moments définis, par exemple à l'âge de six semaines et de six mois. Ils peuvent aussi souhaiter calculer les indicateurs à partir de dénominateurs différents, tels que le nombre estimé de nourrissons exposés au VIH qui auraient dû être suivis.
Utilisation des données	Examiner la distribution des pratiques d'alimentation du nourrisson et étudier les stratégies en vue de l'adoption de pratiques à moindre risque.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données. Si ces données ne sont pas disponibles, veuillez fournir dans la section <i>Commentaires</i> une estimation de la distribution dans le pays des pratiques d'alimentation du nourrisson chez les femmes séropositives au VIH.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°10.

3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée

Informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Veillez indiquer le nombre de femmes qui ont consulté au moins une fois dans les services de soins prénatals au cours de la période considérée.

Notez qu'il s'agit de comptabiliser le nombre de *personnes*, et non le nombre de *visites* ; ce qui signifie par exemple qu'une femme enceinte effectuant trois visites dans les services ne sera comptabilisée qu'une seule fois.

Si le nombre obtenu ne représente pas le nombre au niveau national (par exemple si les données ne proviennent que de 65 % des districts ou des établissements de santé, ou s'il représente plusieurs visites plutôt que « au moins une visite », veuillez faire un commentaire sur la représentativité du nombre figurant dans votre rapport.

Indicateurs spécifiques de l'OPS

3.12.1 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH (« nourrissons EXPOSÉS AU VIH ») nés en 2012 (ou selon les dernières données disponibles)

Ce que mesure l'indicateur	Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH signalés au cours d'une année particulière (2012)
----------------------------	--

3.12.2 b Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) classés dans la catégorie indéterminée (c'est-à-dire l'ensemble des nourrissons perdus de vue, décédés avant qu'un diagnostic définitif soit posé ou pour qui les résultats des tests biologiques sont indéterminés)

Ce que mesure l'indicateur	Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH au cours d'une année particulière (2012), pour qui le test diagnostic destiné à déterminer leur statut par rapport au VIH n'a pas été effectué car ils ont été perdus de vue, sont décédés ou ont été transférés vers une autre structure de soins et/ou le test n'a pas été réalisé.
----------------------------	--

3.12.3 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été posé

Ce que mesure l'indicateur	Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été posé
----------------------------	--

3.12.4 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'absence d'infection à VIH a été posé

Ce que mesure l'indicateur	Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2012 chez qui un diagnostic d'absence d'infection à VIH a été posé
----------------------------	--

Objectif 4 : Permettre à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015

4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral

Veillez noter que l'indicateur ci-dessus est décrit dans les lignes directrices pour préparer le GARPR, alors que l'indicateur suivant pour les personnes chez qui un TAR a été nouvellement mis en route est complémentaire de la section 4.1 et ne figure pas dans les lignes directrices pour préparer le GARPR :

4.1 – Complémentaire. Traitement de l'infection à VIH : traitement antirétroviral. Nombre d'adultes et d'enfants remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral et chez qui un traitement antirétroviral a été mis en route pendant la période considérée (2013)	
Justification	En plus de la couverture du TAR, il est important de suivre la mise en route de ce traitement. La comparaison de l'évolution du nombre de personnes sous TAR à la fin de chaque année (indicateur G2a) ne donne pas d'informations sur le nombre de personnes chez qui un TAR a été nouvellement mis en route, alors que la fonte naturelle du nombre de patients est importante au cours de la première année sous TAR. Cela signifie que certains patients chez qui un TAR a été nouvellement mis en route au cours de l'année considérée n'ont pas continué à recevoir ce TAR à la fin de l'année. Cet indicateur rend donc compte du nombre de patients chez qui un TAR a été nouvellement mis en route au cours de l'année considérée.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants remplissant les critères pour qu'un TAR soit mis en route et chez qui ce traitement a été nouvellement mis en route pendant la période considérée (2013). L'évolution annuelle du nombre de patients nouvellement inscrits pour un TAR.
Méthodes et instruments de mesure	Registres de TAR et formulaires de gestion de l'approvisionnement en médicaments. En comptant le nombre de patients nouvellement inscrits pour un TAR pendant la période considérée. Il ne faut pas compter les patients transférés depuis un autre établissement ni ceux qui ont arrêté momentanément puis recommencé leur TAR pendant la période considérée (risque de doublons). Il ne faut pas inclure dans cet indicateur les patients recevant des ARV pour la PTME (sauf s'il s'agit d'un TAR pris par la mère pour sa propre santé) ou pour une prophylaxie post-exposition.
Ventilation	Sexe : hommes, femmes. Groupes d'âge : < 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 ans et plus. Secteur : public, privé. Les résultats ventilés en fonction de ces critères et d'autres critères, le cas échéant, doivent être notés dans la section <i>Commentaires</i> .
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet de suivre les tendances dans la mise en route du TAR mais ne cherche pas à établir une distinction entre les différents types de TAR, ni à mesurer le coût, la qualité ou l'efficacité réelle du traitement fourni. Tous ces éléments varient au sein d'un pays ainsi que d'un pays à un autre et sont susceptibles de changer au fil du temps.

	Le degré de mise en route du TAR dépendra de facteurs tels que le rapport entre son coût et les revenus locaux, les infrastructures pour la prestation de services, la qualité, la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage volontaire ainsi que la perception de l'efficacité réelle et les possibles effets indésirables de ce traitement.
Autres facteurs à prendre en compte	Cet indicateur doit être analysé en fonction de la « liste d'attente », c'est-à-dire des patients remplissant les critères pour recevoir un TAR mais chez qui ce traitement n'a pas été mis en route.
Utilisation des données	En plus du nombre d'anciens patients sous TAR (rétention sous TAR), le nombre de patients chez qui un TAR a été nouvellement mis en route est nécessaire pour planifier de manière précise les ressources et les stocks de médicaments nécessaires (afin d'éviter les pénuries et le gaspillage).
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Doublons : si des patients sont transférés dans un service ou à l'extérieur d'un service sans que chaque changement soit correctement enregistré, et si les patients suivis dans différents sites de TAR ne sont pas identifiés, il existe un risque de doublons pouvant conduire à une surestimation de la mise en route du TAR. Si tel est le cas, veuillez l'indiquer en commentaire. De façon similaire, si le code attribué aux patients qui arrêtent momentanément puis recommencent leur TAR les définit comme de nouveaux patients, il en résultera une surestimation du nombre réel de patients chez qui un TAR a été nouvellement mis en route. Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur cumulatif national, habituellement produit par tous les établissements de santé (dans le cas contraire, il peut donner une estimation de la mise en route du TAR). Veuillez commenter ces données si nécessaire. Options de triangulation : rapports des pharmacies, en comparant le nombre de nouveaux patients dans les registres de pharmacie et dans les registres de TAR.
Autres références	Indicateur et lignes directrices de <i>U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> (PEPFAR - Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida).

4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours vivants dont on sait qu'ils sont sous traitement antirétroviral :

(a) 12 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2013)

(b) 24 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2011) ;

(c) 60 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2008)

Justification	Le TAR se prend à vie. Il est très important de mesurer la rétention sous TAR pour déterminer l'efficacité réelle des programmes, en déduire leur impact et identifier les obstacles à leur extension et amélioration.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure la rétention sous TAR liée à l'augmentation de la survie et à la volonté de poursuivre le TAR. Il doit être produit à 12 mois et pour des durées plus longues de suivi ; la rétention à 24 et la rétention à 60 mois sont décrites ici (la rétention à 12 mois est traitée dans le document d'orientation sur les indicateurs du

	GARPR). Cet indicateur complète le suivi de la couverture du programme avec une mesure de son efficacité réelle.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants toujours vivants et sous TAR b) 24 mois, c) 60 mois, après la mise en route de ce traitement (parmi ceux chez qui un TAR a été mis en route en b) 2011 et c) 2008).
Dénominateur	b) À 24 mois : nombre total d'adultes et d'enfants chez qui un TAR a été mis en route en 2011 (ou au cours d'une autre période spécifiée) et donc devaient atteindre 24 mois de traitement pendant la période considérée (2013) (ou 24 mois après la période spécifiée de mise en route du TAR), en incluant ceux qui sont décédés depuis la mise en route du TAR, ceux qui ont arrêté le TAR et ceux qui sont enregistrés comme étant perdus de vue à 24 mois. c) À 60 mois : nombre total d'adultes et d'enfants chez qui un TAR a été mis en route en 2008 (ou au cours d'une autre période spécifiée) et donc devaient atteindre 60 mois de traitement pendant la période considérée (2013) (ou 60 mois après la période spécifiée de mise en route du TAR), en incluant ceux qui sont décédés depuis la mise en route du TAR, ceux qui ont arrêté le TAR et ceux qui sont enregistrés comme étant perdus de vue à 60 mois.
Méthodes et instruments de mesure	Numérateur et dénominateur : outils de suivi des programmes ; registres de TAR ; formulaires des analyses de cohorte. Pour mesurer la rétention il est important de sélectionner avec précaution les patients en fonction du moment de la mise en route du TAR et de vérifier leur résultat quand la durée de suivi attendue est atteinte. L'évaluation des résultats à 24 mois doit se faire en incluant tous les patients chez qui un TAR a été mis en route deux ans auparavant et les résultats à 60 mois en incluant tous les patients chez qui un TAR a été mis en route cinq ans auparavant. Si les données disponibles ne correspondent pas vraiment à ces périodes standards, il est important de préciser la période pendant laquelle un TAR a été mis en route chez les patients.
Ventilation	Parmi les patients chez qui un TAR a été mis en route (dénominateur), en plus d'indiquer dans le rapport le nombre (1) de patients vivants et sous TAR (numérateur), il est également important d'indiquer le nombre (2) de patients perdus de vue, (3) de patients ayant arrêté leur TAR et (4) de patients décédés. La somme de ces quatre résultats doit être égale au nombre de personnes chez qui un TAR a été mis en route. Quand les informations sont collectées au niveau du site, les patients transférés d'un autre établissement vers l'établissement où les informations sont collectées doivent être inclus dans les statistiques, et les patients transférés vers un autre établissement à partir de l'établissement où les informations sont collectées doivent être exclus des statistiques. Si ces données sur le transfert à partir d'un autre établissement et sur le transfert vers un autre établissement sont agrégées au niveau national lors de la compilation des rapports des sites, ces données doivent être indiquées dans le rapport pour l'analyse à 12 mois.
Points forts et points faibles	La poursuite du TAR est principalement liée à la survie (mais aussi à la volonté de continuer). La survie peut rendre compte des services offerts, mais dépend aussi des caractéristiques de base des patients lors de la mise en route de ce TAR. Le

	stade clinique, le stade immunologique et le stade virologique sont des facteurs prédictifs indépendants de la survie sous TAR. Les caractéristiques de base collectées pour la cohorte de patients doivent aider à interpréter les résultats et notamment à comparer les sites de TAR.
Autres facteurs à prendre en compte	Si les données de rétention à 24 et 60 mois ne sont pas disponibles pour les patients chez qui un TAR a respectivement été mis en route en 2011 et 2008, mais sont disponibles pour les patients chez qui un TAR a été mis en route au cours d'une période plus ancienne (par exemple : 2010 ou 2009, et 2007 ou 2006), veuillez indiquer précisément cette période dans la section <i>Commentaires</i> [par exemple un TAR a été mis en route entre (mois/année) et (mois/année)]. Le numérateur ne requiert pas que les patients aient été continuellement sous TAR au cours de la période de 24 mois ou de 60 mois. Par exemple les patients qui ne se sont pas présentés à un ou deux rendez-vous ou à une ou deux dispensations de médicaments et peuvent avoir interrompu temporairement leur TAR au cours des 24 mois après sa mise en route, mais qui sont enregistrés comme étant toujours sous TAR à 24 ou 60 mois, sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients décédés, qui ont arrêté leur TAR ou qui sont perdus de vue à 24 ou 60 mois après la mise en route de leur TAR, ne sont pas inclus dans le numérateur. Dans les pays où cet indicateur n'est pas produit par tous les sites de TAR mais seulement dans un sous ensemble d'établissements de santé, les données doivent être interprétées en gardant à l'esprit leur représentativité ; ces informations doivent être indiquées dans la section <i>Commentaires</i>.
Utilisation des données	Veuillez signaler toute rétention particulièrement faible et en évaluer les raisons. L'analyse des données sur la répartition des personnes qui ne sont plus sous TAR doit être envisagée : décédés, interruptions de TAR ou perdus de vue. Si les données sont disponibles, une évaluation de la population de perdus de vue permettra peut-être de comprendre s'il s'agit de personnes décédées, de personnes ayant arrêté leur TAR, de personnes transférées ailleurs. Veuillez procéder à une comparaison des cohortes.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : si cet indicateur est produit seulement dans un sous-ensemble d'établissements de santé, veuillez donner des commentaires pour indiquer si ces informations sont représentatives de l'ensemble des sites de TAR.

4.3.a Établissements de santé – Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral

Justification	Le TAR est une pierre angulaire d'un traitement efficace de l'infection à VIH. La mesure du pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TAR apporte des informations précieuses sur sa disponibilité.
---------------	---

Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'établissements de santé qui proposent le TAR (le prescrivent et/ou assurent le suivi clinique). La capacité des établissements de santé à dispenser le TAR, exprimée en pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TAR (c'est-à-dire prescrivent le TAR et/ou assurent le suivi clinique des patients sous TAR). Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les centres de santé et les services de consultation (y compris les centres de prise en charge de la tuberculose) ainsi que les établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ou des ONG.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en faisant le total du nombre d'établissements de santé qui communiquent des informations sur la disponibilité en services de TAR. Les informations sur la disponibilité en services spécifiques sont habituellement conservées au niveau national ou au niveau infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent disposer des données sur l'ensemble des établissements qui proposent des services de TAR. À condition qu'elles soient collectées à partir d'un échantillon représentatif des établissements de santé dans le pays, ces informations, ainsi que des informations détaillées sur les services disponibles, peuvent également être obtenues par un recensement des établissements de santé ou une enquête menée dans ces établissements. Une série de questions permet de déterminer si les prestataires de soins y dispensent directement les services de TAR (c'est-à-dire prescrivent le TAR et/ou assurent le suivi clinique des patients sous TAR) ou dirigent les patients sur d'autres établissements spécialisés pour qu'ils bénéficient de ces services. Les comptes rendus des établissements donnant des informations sur le statut actuel de l'offre de services doivent être consultés. Les pays doivent régulièrement mettre à jour les données de programmes concernant les établissements de santé qui proposent des services de TAR et compléter ces données par celles obtenues grâce à une enquête menée dans les établissements de santé ou un recensement de ces établissements réalisé périodiquement après quelques années. Pour ces enquêtes ou ces recensements, il est possible d'utiliser des outils tels que l'Évaluation des prestations de services (<i>Service Provision Assessment – SPA</i>) et la Cartographie de la disponibilité des services (<i>Service Availability Mapping – SAM</i>).
Ventilation	Secteur : public, privé. Type : hôpitaux, centres de santé, services de soins prénatals, services de prise en charge de la tuberculose, services de prise en charge des IST.
Points forts et points faibles	Cet indicateur apporte de précieuses informations sur la disponibilité des services de TAR dans les établissements de santé, mais ne rend pas compte de la qualité des services fournis. Le TAR en soi est complexe et doit être dispensé accompagné d'un ensemble d'interventions de prise en charge comme la prophylaxie par le cotrimoxazole, la prise en charge des maladies opportunistes et des co-morbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs. Le seul suivi de la disponibilité du TAR ne garantit pas que tous les services qui accompagnent ce traitement soient dispensés de manière appropriée à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent ces services afin de planifier leur

	extension autant que nécessaire en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel. L'une des limites potentielles des enquêtes menées dans les établissements de santé ou des recensements de ces établissements est qu'ils ne sont habituellement répétés périodiquement qu'après quelques années et peuvent ne pas rendre compte des informations les plus récentes, notamment en cas d'accélération récente de l'extension.
Autres facteurs à prendre en compte	L'une des stratégies d'extension des services de TAR consiste à rendre ces services disponibles dans un plus grand nombre d'établissements de santé. Cet objectif peut être atteint par la décentralisation des services de TAR des établissements du niveau tertiaire (par exemple les hôpitaux) vers des établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de TAR est un élément essentiel contribuant aux progrès en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel au traitement de l'infection à VIH. Selon le type d'épidémie du pays, le dénominateur peut ne pas avoir autant de pertinence si la stratégie du programme de lutte contre le sida vise à cibler un nombre limité de sites de TAR.
Utilisation des données	Observer les progrès réalisés dans le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent le TAR. Analyser les données en fonction de la répartition géographique et par type d'établissement de santé et faire une triangulation avec les estimations de la densité d'infection à VIH peut donner des indications sur les endroits où il est nécessaire d'accroître la disponibilité en services de TAR.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez indiquer si les données transmises proviennent d'une liste répertoriant les établissements de santé existant dans le pays, d'un recensement ou d'une enquête. S'il s'agit d'une enquête, veuillez indiquer l'année où celle-ci a été réalisée. Veuillez également préciser si les données concernant le secteur privé ou d'autres secteurs ne sont pas disponibles, le cas échéant. Veuillez communiquer toute information supplémentaire qui pourrait être facilement disponible sur la répartition géographique des établissements de santé qui proposent le TAR (par exemple en zone urbaine/rurale ou le pourcentage d'établissements où est dispensé le TAR dans des régions où la concentration de personnes vivant avec le VIH est élevée).
Autres références	Indicateurs additionnels recommandés pour les programmes nationaux de lutte contre le sida N°5.

4.3.b Établissements de santé – Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral pédiatrique

Justification	Le TAR est une pierre angulaire du traitement efficace de l'infection à VIH. La mesure du pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TAR pédiatrique apporte des informations précieuses sur la capacité à répondre à la demande de soins concernant l'infection à VIH chez l'enfant.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'établissements de santé qui proposent le TAR pédiatrique. La capacité des établissements de santé à dispenser un TAR pédiatrique,

	exprimée en pourcentage de ces établissements qui proposent ce traitement. Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les centres de santé et les services de consultation (y compris les centres de prise en charge de la tuberculose) ainsi que les établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ou des ONG.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en faisant le total du nombre d'établissements de santé qui communiquent des informations sur la disponibilité en services de TAR pédiatrique. Les informations sur la disponibilité en services spécifiques sont habituellement conservées au niveau national ou au niveau infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent disposer des données sur l'ensemble des établissements qui proposent des services de TAR. À condition qu'elles soient collectées à partir d'un échantillon représentatif des établissements de santé dans le pays, ces informations, ainsi que des informations détaillées sur les services disponibles, peuvent également être obtenues par un recensement des établissements de santé ou une enquête menée dans ces établissements. Une série de questions permet de déterminer si les prestataires de soins y dispensent directement les services de TAR pédiatrique (c'est-à-dire prescrivent le TAR et/ou assurent le suivi clinique des patients sous TAR pédiatrique) ou dirigent les patients vers d'autres établissements spécialisés pour qu'ils bénéficient de ces services. Les comptes rendus des établissements donnant des informations sur le statut actuel de l'offre de services doivent être consultés. Les pays doivent régulièrement mettre à jour les données de programmes concernant les établissements de santé qui proposent des services de TAR pédiatrique et compléter ces données par celles obtenues grâce à une enquête menée dans les établissements de santé ou un recensement de ces établissements réalisé périodiquement après quelques années. Pour ces enquêtes ou ces recensements, il est possible d'utiliser des outils tels que SPA et SAM. Pour la préparation du rapport sur l'accès universel, il n'est pas nécessaire de disposer d'un dénominateur. Certains pays qui essaient d'étendre le TAR pédiatrique au niveau national peuvent cependant envisager d'utiliser le Nombre total d'établissements de santé, sans inclure les établissements spécialisés où la dispensation du TAR pédiatrique n'est pas/ne sera jamais pertinente. Ce nombre peut être calculé en faisant la somme de tous les établissements de santé inclus dans l'échantillon. Les informations nécessaires à la construction du dénominateur peuvent provenir des comptes rendus des programmes, de listes répertoriant les établissements et/ou des documents de stratégie ou de planification nationales. Les établissements spécialisés pour lesquels la dispensation du TAR n'est/ne sera jamais pertinente doivent être exclus (par exemple les établissements spécialisés en ophtalmologie où le TAR ne sera jamais introduit).
Ventilation	Secteur : public, privé.
Points forts et points faibles	Cet indicateur apporte de précieuses informations sur la disponibilité des services de TAR pédiatrique dans les établissements de santé, mais il ne rend pas compte de la qualité des services fournis. Le TAR en soi est complexe et doit être dispensé accompagné d'un ensemble d'interventions de prise en charge comme la prophylaxie par le cotrimoxazole, la prise en charge des

	maladies opportunistes et des co-morbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs. Le seul suivi de la disponibilité du TAR ne garantit pas que tous les services qui accompagnent ce traitement soient fournis de manière appropriée à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent ces services afin de planifier leur extension autant que nécessaire en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel. L'une des limites potentielles des enquêtes menées dans les établissements de santé ou des recensements est qu'ils ne sont habituellement répétés périodiquement qu'après quelques années et peuvent ne pas rendre compte des informations les plus récentes, notamment en cas d'accélération récente de l'extension.
Autres facteurs à prendre en compte	L'une des stratégies d'extension des services de TAR consiste à rendre ces services, y compris les services de TAR pédiatrique, disponibles dans un plus grand nombre d'établissements de santé. Cet objectif peut être atteint par la décentralisation des services de TAR des établissements du niveau tertiaire (par exemple les hôpitaux) vers les établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de TAR pédiatrique est un élément essentiel contribuant aux progrès en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel au traitement de l'infection à VIH. Selon le type d'épidémie dans le pays, le dénominateur peut ne pas avoir autant de pertinence si la stratégie du programme de lutte contre le sida vise à cibler un nombre limité de sites de TAR pédiatrique.
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Examiner le nombre d'établissements de santé qui dispensent le TAR au regard du nombre estimé d'enfants qui ont besoin de ce traitement.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez indiquer si les données transmises proviennent d'une liste répertoriant les établissements de santé existant dans le pays, d'un recensement ou d'une enquête. S'il s'agit d'une enquête, veuillez indiquer l'année où celle-ci a été réalisée. Veuillez signaler si les données concernant le secteur privé ou d'autres secteurs ne sont pas disponibles, le cas échéant. Veuillez communiquer toute information supplémentaire qui pourrait être facilement disponible sur la répartition géographique des établissements de santé qui proposent le TAR pédiatrique (par exemple en zone urbaine/rurale ou le pourcentage d'établissements où est dispensé le TAR dans des régions où la concentration de personnes vivant avec le VIH est élevée).
Autres références	Indicateurs additionnels recommandés par l'ONUSIDA pour les programmes nationaux de lutte contre le sida N°5.

4.4 Pourcentage d'établissements de santé dispensant des antirétroviraux qui ont connu une rupture de stock pour au moins un des antirétroviraux nécessaires au cours des 12 derniers mois

Justification	À mesure que les pays étendent les services de TAR, il est important de garantir que tous ceux qui en ont besoin auront accès aux ARV. Le TAR est une stratégie à long terme pour les personnes vivant avec une infection à VIH à un stade avancé et les interruptions de TAR peuvent avoir pour conséquence un échec thérapeutique et l'apparition d'une résistance du VIH aux ARV. Une gestion efficace de l'approvisionnement en ARV permettra d'assurer un approvisionnement continu en ARV.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure un aspect essentiel de la gestion de l'approvisionnement en ARV : savoir si les établissements de santé qui dispensent les ARV ont connu une rupture de stock pour au moins un des ARV nécessaires au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé dispensant des ARV ayant connu une rupture de stock d'un ou plusieurs des ARV nécessaires au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre d'établissements de santé dispensant des ARV.
Méthodes et instruments de mesure	Ces informations sont collectées au niveau central car c'est là que les structures de santé envoient leurs rapports de gestion des stocks et les formulaires de commande d'ARV. Ces formulaires contiennent des informations sur le nombre de personnes sous TAR, la consommation d'ARV, le niveau de stock en cours et les ruptures de stock, le cas échéant. Pour mesurer cet indicateur, il faut disposer des outils suivants : • Rapports de gestion des stocks soumis par les structures de santé dans lesquels est indiqué le niveau de stock de chaque ARV ; • Formulaires de commande soumis par les structures de santé au cours d'une période donnée (par exemple la dernière période sur laquelle portait la commande, le dernier trimestre ou l'année passée) ; et • La liste des ARV que chaque établissement de santé est sensé dispenser, si cette information ne se trouve pas déjà dans les rapports de gestion des stocks ou dans les formulaires de commande. Tout ce qui précède fonctionne si le Système d'information pour la gestion logistique du pays est opérationnel. Si ce Système n'est pas opérationnel, il est possible d'utiliser les enquêtes menées dans les établissements de santé à l'aide des outils SPA ou SAM, à condition que ces enquêtes incluent des questions sur les ruptures de stock d'ARV. S'il existe un Système d'information pour la gestion logistique incluant des informations sur la disponibilité des ARV au niveau des établissements de santé, ces informations doivent être extraites de ce système afin de construire l'indicateur. Si ce n'est pas le cas, les informations peuvent être collectées par une enquête spéciale ou des visites sur sites. Si les ARV ne sont dispensés que dans un nombre limité d'établissements de santé dans le pays, l'enquête ou les visites de sites doivent porter sur l'ensemble de ces établissements de santé. Si les ARV sont dispensés dans un grand nombre d'établissements de santé, il peut être nécessaire de sélectionner un échantillon représentatif à partir du nombre total

	d'établissements dispensant des ARV (leur liste complète doit être disponible au niveau national). En cas de recours à un échantillonnage, il est important de s'assurer que l'échantillon comprend des établissements des différents niveaux (par exemple du niveau central, du niveau du district et du niveau périphérique). Dans les pays où les ARV sont dispensés dans les pharmacies ou dans d'autres sites qui ne sont pas des établissements de santé, un suivi des ruptures de stock doit également être mis en place dans ces structures ; la faisabilité dépendra de la couverture du Système d'information pour la gestion logistique.
Ventilation	Secteur : public, privé.
Points forts et points faibles	Cet indicateur rend compte d'une composante essentielle du programme de TAR : savoir s'il existe ou non un approvisionnement continu et ininterrompu en ARV au niveau des établissements de santé. Cependant, cet indicateur n'apporte pas d'informations sur les causes des ruptures de stock, quels ARV sont/ont été en rupture de stock ou combien de temps a duré la rupture de stock concernant un ARV en particulier. Il n'apporte pas non plus d'informations sur la qualité du stockage, des livraisons et de la distribution des ARV.
Autres facteurs à prendre en compte	Dans certaines situations, un simple suivi des ruptures de stock peut induire en erreur, un établissement pouvant avoir pour politique de garder un stock de réserve et de ne pas le distribuer. Ces établissements ne peuvent pas être comptabilisés comme ayant connu une rupture de stock selon la définition de cet indicateur, bien que des patients aient pu ne pas y recevoir un ARV nécessaire pour leur traitement. Dans les situations où les stocks de réserve ne sont pas dispensés lors des épisodes de rupture de stock d'ARV, il est préférable de collecter les données relatives aux ruptures de stock fonctionnelles (c'est-à-dire l'incapacité d'avoir accès à ou à utiliser un ARV nécessaire au traitement).
Utilisation des données	Évaluer si les ruptures de stock, le cas échéant, sont dues à un problème dans le système national de distribution, à un problème de flux financier ou à un manque d'ARV au niveau central. Déterminer si le problème est dû aux projections pour les commandes d'approvisionnement, au système de distribution ou à une autre raison. Cela donne une opportunité de vérifier si le Système d'information pour la gestion logistique est fonctionnel.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez indiquer si ces données sont basées sur des données nationales ou sur des données d'une enquête menée à partir d'un échantillon d'établissements de santé. Veuillez donner toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données (par exemple si seul le secteur public ou privé a été inclus ou si les chiffres transmis peuvent correspondre à une surestimation ou à une sous-estimation).
Autres références	Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks.

Seulement pour l'OPS

4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH : pourcentage de personnes infectées par le VIH chez qui le premier test de numération montre un nombre de CD4 < 200 cellules/μL en 2013	
Justification	Alors que le pays étend les services de lutte contre le VIH, il est important de suivre si le diagnostic d'infection à VIH est posé à un stade précoce (ou pour quel pourcentage le diagnostic d'infection à VIH continue à être posé à un stade tardif).
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure la proportion de personnes pour qui le nombre de CD4 est < 200 cellules/μL parmi celles chez qui un premier test de numération des CD4 a été réalisé au cours de la période considérée.
Numérateur	Nombre de personnes infectées par le VIH chez qui le premier test de numération montre un nombre de CD4 < 200 cellules/μL en 2013
Dénominateur	Nombre total de personnes infectées par le VIH chez qui un premier test de numération a été réalisé en 2013

4.6 SOINS DE L'INFECTION À VIH :

Traitement de l'infection à VIH : traitement antirétroviral

4.6.a Nombre total de personnes inscrites pour des soins de l'infection à VIH à la fin de la période considérée

4.6.b Nombre d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH au cours de la période considérée

(2013)

Justification	En plus du dépistage du VIH, il est important de faire le suivi des liens avec les soins et le traitement de l'infection à VIH. L'évolution au fil des ans du nombre de personnes chez qui a été réalisé un dépistage du VIH ne donne pas d'informations sur le nombre de personnes nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH, notamment du fait de pertes élevées au long de la cascade d'interventions nécessaires pour assurer la continuité de soins de l'infection à VIH à cause d'une forte attrition et d'un nombre élevé de perdus de vue. Cet indicateur permet donc de rendre compte du nombre de patients qui, au cours de l'année considérée, sont soit en cours de soins de l'infection à VIH et en attente de la mise en route d'un TAR, soit sous TAR.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants suivis dans des services de santé pour des soins de l'infection à VIH, y compris ceux sous TAR au cours de la période considérée (2013). Les personnes recevant des soins de l'infection à VIH comprennent celles qui ont consulté au moins une fois dans un service de consultations de prise en charge de l'infection à VIH au cours de l'année considérée. L'évolution annuelle du nombre de patients infectés par le VIH inscrits dans les services de santé du fait de cette infection.
Méthodes et instruments de mesure	Services des structures de santé où est réalisée une évaluation afin de déterminer si un patient a besoin de TAR et registres de TAR. En comptant les patients pour qui un lien a été établi avec les services de soins et de TAR au cours de la période considérée. Les transferts de patients dans le service considéré, les patients qui ont arrêté de façon temporaire leur traitement mais continuent à être suivis et les femmes enceintes prenant des ARV pour la PTME doivent être inclus comme des patients pour qui un lien a été établi. Des précautions doivent cependant être prises afin d'éviter les doublons.
Ventilation	Par genre : homme/ femme Par tranche d'âge : < 15 ans, 15 ans et plus
Points forts et points faibles	Cet indicateur permet de suivre les tendances du nombre total de patients pour qui un lien a été établi avec les services de prise en charge de l'infection à VIH, mais ne cherche pas à faire une distinction entre les soins de l'infection à VIH et le TAR et ne mesure pas les coûts, ni la qualité ou l'efficacité réelle du traitement fourni. Le degré de mise en route du TAR dépendra de différents facteurs comme les nouvelles politiques, le coût par rapport aux revenus locaux, la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage ainsi que des perceptions de l'efficacité réelle et des effets secondaires possibles du traitement.

Autres facteurs à prendre en compte	Cet indicateur doit être analysé au vu de la « liste d'attente », c'est-à-dire des patients qui remplissent les critères pour recevoir un TAR mais chez qui ce traitement n'a pas encore été mis en route.
Utilisation des données	En plus du nombre de personnes sous TAR, le nombre de patients dans les soins est nécessaire pour planifier de manière précise les ressources et les stocks de médicaments (afin d'éviter les pénuries et le gaspillage).
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Doublons : si les transferts de patients dans les services et vers d'autres services ne sont pas correctement enregistrés et si les patients suivis dans plusieurs sites de TAR ne sont pas identifiés, il y a un risque d'enregistrement de doublons qui peut entraîner une surestimation du nombre de mise en route du TAR. Faire des commentaires, le cas échéant. De la même manière, si les patients qui arrêtent de manière temporaire leur TAR puis qui recommencent ce traitement sont enregistrés comme de nouveaux patients, cela entraînera une surestimation du nombre réel de patients chez qui un TAR a été mis en route. Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur cumulatif national produit habituellement par l'ensemble des établissements de santé. Si nécessaire, faire des commentaires sur les données. Options de triangulation : avec les rapports de la pharmacie, en comparant le nombre de personnes ayant fait un dépistage, le nombre de personnes dans le registre de la pharmacie et le nombre de personnes dans le registre de TAR.
Autres références	Indicateur et lignes directrices de PEPFAR

4.7 Suppression de la charge virale

4.7 a) Pourcentage (%) de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et chez qui il y a suppression de la charge virale au cours de la période considérée (2013)

4.7 b) Pourcentage (%) de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et pour qui la charge virale est inférieure ou égale à 1000 copies après 12 mois sous traitement (2013)

Justification	La mesure de la charge virale est le test recommandé pour mesurer l'efficacité du TAR. Elle donne aussi une indication de l'observance du traitement et du risque de transmission du VIH au niveau individuel et au niveau de la population. Un TAR efficace permet de réduire la transmission du VIH. Les résultats de plusieurs études suggèrent fortement que le traitement des personnes infectées par le VIH permet de réduire de façon importante la transmission sexuelle de ce virus. La suppression de la charge virale à un niveau indétectable permettrait donc de diminuer fortement le risque de transmission au partenaire non infecté. Le TAR permet aussi de prévenir la transmission périnatale du VIH. Le TAR est considéré comme efficace lorsqu'il permet d'obtenir de façon continue une suppression de la charge virale plasmatique à un niveau indétectable. Les personnes sous TAR développent souvent une résistance au traitement. L'un des déterminants clés de l'échec thérapeutique est l'augmentation de la charge virale. La mesure de la suppression de la charge virale (charge virale inférieure ou égale à 1000 copies/ml) est un indicateur programmatique clé lié à l'efficacité du
---------------	---

	traitement.
Ce que mesure l'indicateur	La charge virale est une mesure de l'effet du TAR sur la réplication virale. Selon les lignes directrices sur le TAR de l'OMS de 2013, un échec thérapeutique est défini par une charge virale supérieure au seuil de 1000 copies/ml. Lorsque la charge virale est supprimée en dessous des limites de détection, on parle alors de charge virale indétectable ; la charge virale se situe habituellement entre 50 et 400 copies/ml. La charge virale des patients dans les soins peut être utilisée comme un indicateur de la qualité des soins pour la population participant aux soins. Mesurée au fil du temps, elle permet d'avoir des informations sur l'accès aux soins, sur l'acceptation et l'observance du TAR ainsi que sur le suivi clinique correct de la charge virale. Pour un système de santé particulier, elle peut être utilisée comme une mesure indirecte approximative de l'accès aux ARV, du niveau d'observance des ARV, du respect du suivi de l'infection et de la qualité des soins fournis à une population de patients.
Numérateur	4.7.a (données transversales) Nombre de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours de la période considérée et chez qui il y a suppression de la charge virale (c'est-à-dire que la charge est inférieure ou égale à 1000 copies/ml) 4.7.b (données de cohortes) Nombre de personnes chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé 12 mois après la mise en route du TAR et pour qui il y a suppression de la charge virale (charge virale inférieure ou égale à 1000 copies/ml) au cours de la période considérée
Dénominateur	4.7.a (données transversales) Nombre de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours de la période considérée. 4.7. b (données de cohortes) Nombre de personnes chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé 12 mois après la mise en route du TAR au cours de la période considérée
Méthodes et instruments de mesure	Lorsque le test de mesure de la charge virale est réalisé de manière systématique, les résultats sont enregistrés dans les dossiers des patients ou dans les systèmes du laboratoire. Ces résultats peuvent également être enregistrés sous forme électronique et faire partie des rapports des études de suivi de cohortes sous la forme du pourcentage de patients qui présentent une suppression virologique à différents moments particuliers.
Ventilation	Par tranche d'âge : < 15 ans, 15 ans et plus Par genre : hommes/femmes
Points forts et points faibles	Points forts : les mesures de la charge virale donnent des informations sur l'observance, sur l'efficacité du traitement et sur le risque de transmission au niveau individuel et au niveau du programme. Points faibles : en situation de ressources limitées, les capacités pour élargir l'accès au suivi de la charge virale restent limitées. Un récapitulatif des données sur l'indicateur de mesure de la charge virale n'est pas nécessairement représentatif de la charge virale de la population sous TAR au sens large, et les résultats ne sont parfois obtenus que pour une sous-population non représentative.

	<i>Ceci est particulièrement le cas lorsque la mesure de la charge virale n'est pas réalisée chez l'ensemble des patients sous TAR, mais seulement de manière sélective en cas de doute sur les résultats du traitement.</i> Les valeurs seuils pour définir un échec thérapeutique ne sont pas universelles. Les valeurs définissant une charge virale indétectable varient en fonction de la sensibilité des tests utilisés.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour les raisons énoncées ci-dessus, cet indicateur ne peut être utilisé que si la mesure de la charge virale est réalisée de manière systématique (plutôt qu'en fonction des besoins) Afin d'exclure les tests qui sont refaits au cours de la période considérée, il est important de limiter l'utilisation de cet indicateur aux <i>personnes</i> sous TAR (et de ne pas inclure l'ensemble des tests réalisés). Dans certaines structures, les tests de mesure de la charge virale sont réalisés à partir de gouttes de sang séché ; l'exactitude de cette méthode est actuellement insuffisante lorsque la charge virale est faible. Les seuils utilisés pour définir un échec virologique doivent donc être plus élevés (charge virale supérieure à 3000 copies/ml).
Utilisation des données	La réalisation de tests de mesure de la charge virale peut aider les programmes à planifier les besoins en ARV de deuxième intention (en cas d'échec thérapeutique) ainsi que des interventions destinées à limiter la transmission du VIH. Le pourcentage de patients ayant une charge virale indétectable est une mesure indirecte du succès du programme.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Le système de suivi des patients peut produire des études transversales et des études de cohortes. Les données de cohortes peuvent également provenir d'études spéciales. En cas d'utilisation de données de laboratoire, il est parfois nécessaire d'ajuster les données pour éviter les doublons lorsque plusieurs tests de mesure de la charge virale ont été réalisés chez un même patient au cours de la période considérée. Source des données : études de cohortes contre études transversales. Nombre de personnes chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé.
Autres références	Indicateurs d'alerte précoce de résistance du VIH aux ARV

Objectif 5 : Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à l'horizon 2015

5.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée (nouveau)

Justification	- Le principal objectif du dépistage intensifié des cas de tuberculose est la détection précoce de la tuberculose chez les PVVIH et la fourniture rapide d'un traitement antituberculeux et d'un TAR ; la mise en place de manière optimale de ces mesures avec la fourniture d'un TAR précoce, la fourniture d'un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) et les mesures de contrôle des infections à transmission aérienne permet de réduire la charge de tuberculose chez les PVVIH. Alors que le dépistage intensifié des cas de tuberculose doit être mis en place et réalisé à chaque visite pour toute PVVIH qui consulte dans les structures de soins et de traitement de l'infection à VIH, cette mesure est d'une importance cruciale chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH, le risque de tuberculose non détectée étant chez elles plus élevé que chez celles recevant déjà un TAR. Cet indicateur mesure donc à la fois la charge de tuberculose active chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et l'accès au diagnostic de la tuberculose.
Ce que mesure l'indicateur	- Nombre total de cas de tuberculose détectés chez les patients infectés par le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins de l'infection à VIH (avant le TAR ou sous TAR) au cours de la période considérée.
Numérateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été diagnostiquée au cours de la période considérée.
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits dans les services de soins pré-TAR ou sous TAR au cours de la période considérée.
Méthodes et instruments de mesure	Le résultat de l'évaluation du statut par rapport à la tuberculose (en indiquant si une tuberculose a été diagnostiquée ou non) chez les PVVIH qui consultent dans les structures de TAR doit être enregistré dans les cartes de TAR (dans la colonne « investigations » ou dans la section « rencontres ») et dans le registre de pré-TAR et le registre de TAR (dans les sections respectives de suivi mensuel/trimestriel) À la fin de la période considérée, compter le nombre total de cas de tuberculose détectés chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH, c'est-à-dire celles inscrites dans le registre de pré-TAR plus celles inscrites dans le registre de TAR. Des précautions doivent être prises pour éviter de compter deux fois une même personne qui apparaît dans les deux registres. Un enregistrement direct dans le registre de TAR peut faire partie des adaptations réalisées dans le pays ; les patients qui présentent une tuberculose identifiés parmi les patients inscrits dans ce registre au cours de la période considérée peuvent alors être dénombrés et pris en compte dans le numérateur. Le dénominateur comprend le nombre total de PVVIH nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH au cours de la même période.

	Cet indicateur doit être collecté à partir des registres de pré-TAR et des registres de TAR et récapitulé sous la forme de rapports trimestriels de données transversales. Il peut aussi être évalué à partir d'un échantillon systématique de cartes de patients dans les soins de l'infection à VIH/de cartes de patients sous TAR au cours des examens annuels du suivi des patients.
Ventilation	Pour cet indicateur, les données doivent être ventilées en fonction du sexe et de l'âge (< 15 ans/15 ans et plus)
Points forts et points faibles	Il mesure la charge de tuberculose chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins. Il mesure également de manière indirecte le degré d'accès au diagnostic de la tuberculose chez les cas nouvellement inscrits. Il ne tient cependant pas compte de la charge des cas d'infection à VIH/de sida détectés par le biais du dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose mais qui ne sont éventuellement pas inscrits dans les soins de l'infection à VIH. La charge réelle de tuberculose chez les PVVIH peut donc être supérieure au résultat obtenu ici, certains patients pouvant rester asymptomatiques ou présenter une forme disséminée de tuberculose qui ne sera pas nécessairement identifiée lors de l'évaluation sauf si la présence d'une tuberculose est facilement soupçonnée ou en cas d'examen complet à l'aide de moyens d'investigation particulièrement sensibles.
Autres facteurs à prendre en compte	Les données doivent être collectées de manière continue et transmises au niveau infranational ou national dans les rapports trimestriels de données transversales. Elles doivent également être transmises tous les ans à l'OMS.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Cet indicateur étant « nouveau », les pays sont encouragés à fournir des commentaires sur les éventuels problèmes rencontrés lors de l'élaboration des rapports, notamment s'il n'est pas possible d'établir de rapport.

5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route

Justification	Pour garantir que les personnes séropositives répondant aux critères de mise en route du traitement de la tuberculose latente reçoivent ce traitement, ce qui, par conséquent, permet de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement de la tuberculose latente a été mis en route, le traitement préventif par l'isoniazide (TPI) étant exprimé en proportion du nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH au cours d'une période donnée.
Numérateur	Nombre total d'adultes et d'enfants <u>nouvellement</u> inscrits pour des soins de l'infection à VIH (soins pré-TAR ou TAR) et chez qui un a été mis en route (c'est-à-dire qui ont reçu au moins une dose) pendant la période considérée.

	Les <i>soins de l'infection à VIH</i> comprennent les soins pré-TAR et le TAR.
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH (chez qui ces soins ont été mis en route) pendant la période considérée.
Méthodes et instruments de mesure	Carte patient de soins de l'infection à VIH et registre modifié des soins de l'infection à VIH. Les données requises pour cet indicateur sont collectées à partir des registres de soins pré-TAR et de TAR dans les sites où sont dispensés des services de soins de l'infection à VIH, selon le lieu où est prescrit le TPI. Les clients séropositifs au VIH doivent bénéficier d'un dépistage de la tuberculose. Ceux pour lesquels il ne sera pas détecté de tuberculose active se verront proposer un TPI en accord avec les directives élaborées au plan national. Tous les patients qui acceptent le TPI et reçoivent au moins la première dose de ce traitement doivent être enregistrés. Ces informations sont enregistrées dans une colonne supplémentaire des registres de soins de l'infection à VIH. Une anticipation précise des besoins en médicaments pour la gestion des approvisionnements exige la collecte d'informations plus détaillées.
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	Le traitement de la tuberculose latente a pour objectif de réduire l'incidence de la tuberculose maladie chez les personnes vivant avec le VIH qui présentent une infection par le bacille de la tuberculose mais pas de tuberculose maladie active. Même si les ressources sont limitées, il est relativement facile d'inclure les clients qui ont reçu au moins une dose de traitement. Il s'agit là des informations minimales requises pour s'assurer que le traitement préventif de la tuberculose est proposé aux clients séropositifs en l'absence d'une confirmation de tuberculose active. Cependant, à moins de collecter des données supplémentaires, cet indicateur n'apporte pas d'informations sur le nombre de clients qui observent correctement le traitement préventif de la tuberculose ou qui le poursuivent jusqu'à son terme. La collecte de données plus complètes sur l'observance du traitement ou sur sa poursuite jusqu'à son terme exige davantage de ressources, mais les programmes peuvent souhaiter conduire des études périodiques pour déterminer, par exemple, les taux d'observance et la précision du questionnaire de dépistage.
Autres facteurs à prendre en compte	Les visites des clients venus renouveler leur traitement (d'ordinaire tous les mois) doivent être enregistrées dans le registre de traitement préventif de la tuberculose des pharmacies. À partir de ce registre, les établissements de santé doivent pouvoir obtenir tous les trimestres le nombre de nouveaux cas de traitement, de traitement en cours et de traitement arrivé à terme. Si ces informations sont collectées de manière systématique, l'indicateur de choix serait « le nombre de clients séropositifs arrivant au terme de leur traitement de la tuberculose latente exprimé en proportion du nombre total de clients séropositifs chez qui ce traitement été mis en route ». Au vu des observations faites dans les sites pilotes de dépistage, il semble que l'on peut s'attendre à ce que le traitement préventif de la tuberculose soit mis en route chez un grand nombre de clients séropositifs ; certains d'entre eux ne rempliront pas les critères de mise en route du traitement, d'autres déclineront l'offre de traitement ou interrompront leur suivi pendant le processus de dépistage. La proportion de patients susceptibles de commencer un traitement préventif de la tuberculose

	dépend de l'algorithme de dépistage employé (par exemple l'usage de l'intradermoréaction à la tuberculine comme outil de dépistage réduit le nombre de patients qui remplissent les critères de mise en route du traitement) ainsi que du type d'établissement où le diagnostic de l'infection à VIH est établi.
Utilisation des données	Si la valeur est faible, veuillez essayer d'en comprendre la raison et de comparer les données ventilées avec la moyenne nationale afin d'identifier les zones nécessitant une attention particulière et les raisons pour lesquelles la couverture n'y est pas optimale. Étudiez en profondeur les données disponibles sur le nombre de patients parvenant au terme de leur traitement préventif de la tuberculose/traitement préventif par l'isoniazide.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez préciser si les données que vous avez transmises couvrent le pays tout entier ou proviennent d'un échantillon sélectionné (si tel est le cas, précisez ce que représentent les données ainsi que les hypothèses éventuellement émises pour obtenir un chiffre national par extrapolation à partir de ces données).
Autres références	Guide du suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH disponible sur le site http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242598193_fre.pdf .

5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et enregistré au cours de leur dernière visite

Justification	Il s'agit d'un indicateur de processus pour une activité visant à réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Il évaluera le niveau de la mise en application de la recommandation selon laquelle les personnes vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un dépistage de la tuberculose au moment du diagnostic d'infection à VIH et lors des visites de suivi, en utilisant leur dernière visite comme mesure de substitution.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et pour qui ce statut a été enregistré lors de leur dernière visite.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et pour qui ce statut a été enregistré lors de leur dernière visite. <i>Les soins de l'infection à VIH comprennent les soins pré-TAR et le TAR.</i>
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants inscrits dans les services de soins de l'infection à VIH pendant la période considérée.
Méthodes et instruments de mesure	L'OMS recommande le recours à un algorithme simplifié de dépistage intensifié des cas de tuberculose qui inclut 4 signes cliniques : (1) toux actuelle ; (2) fièvre ; (3) perte de poids ; (4) sueurs nocturnes. Le résultat de l'évaluation du statut par rapport à la tuberculose faite en utilisant cet algorithme simplifié à chaque visite ayant lieu pendant la période considérée

	(« Oui » si « aucun signe », « suspicion » ou « sous traitement » ; « Non » si ce statut n'a pas été évalué) doit être enregistré sur la carte patient de soins de l'infection à VIH/TAR et transféré, en fonction des cas, dans les registres de soins pré-TAR ou de TAR de l'ensemble des établissements qui proposent en routine des soins de l'infection à VIH. « Inscrits pour des soins » comprend tous les patients qui continuent à recevoir des soins et ceux nouvellement inscrits pendant la période considérée. Ces données doivent être analysées et transmises au niveau national en même temps que d'autres données transversales. Le numérateur est obtenu à partir des registres de soins pré-TAR et de TAR en comptant le nombre de patients chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué pendant la période considérée. Une attention particulière doit être portée pour s'assurer que le décompte des patients chez qui un TAR a été mis en route pendant la période considérée est bien fait à partir des registres de TAR et non des registres de soins pré-TAR. Le dénominateur pour les patients bénéficiant de soins pré-TAR sera le nombre de patients bénéficiant de soins pendant la période considérée. Le dénominateur pour les patients sous TAR sera le nombre de patients actuellement sous TAR pendant la période considérée. Le dénominateur est obtenu à partir des registres de soins pré-TAR et de TAR en comptant le nombre de patients qui ont bénéficié d'une visite pendant la période considérée. Il doit ensuite être enregistré sur le formulaire de rapport des données transversales. Les programmes de lutte antituberculeuse et contre le VIH doivent collaborer pour garantir que les critères utilisés pour identifier les personnes chez qui une tuberculose est suspectée et que les méthodes utilisées pour le dépistage de la tuberculose sont conformes avec les protocoles des programmes de lutte antituberculeuse.¹
Ventilation	Aucune.
Points forts et points faibles	L'évaluation du statut par rapport à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, suivie d'une orientation-recours rapide pour un diagnostic et un traitement, accroît les chances de survie, améliore la qualité de la vie et réduit la transmission de la tuberculose dans la communauté. Elle permet d'identifier les clients séropositifs qui ne montrent aucun signe de tuberculose active et pourraient bénéficier du traitement par l'isoniazide d'une tuberculose latente. L'indicateur ne permet pas de mesurer la qualité du dépistage intensif des cas de tuberculose ni de savoir si une tuberculose a été recherchée chez les personnes identifiées comme suspectes et si cette recherche a été efficace. Cependant, il souligne bien l'importance du dépistage intensif des cas de tuberculose chez les

¹ Une méthode proposée pour le dépistage est de demander aux clients séropositifs au VIH s'ils reçoivent actuellement un traitement antituberculeux. Si tel n'est pas le cas, il faut alors leur demander s'ils présentent d'éventuels symptômes clés de la tuberculose maladie (par exemple : toux depuis plus de deux semaines, fièvre persistante, sueurs nocturnes, perte de poids inexplicable et adénopathies). L'emploi d'une simple liste récapitulative peut être utile, et toute réponse positive doit amener à suspecter une tuberculose chez le patient. Si, après l'interrogatoire, une tuberculose est suspectée (conformément aux protocoles en vigueur dans le pays), le patient doit bénéficier d'examen à la recherche d'une tuberculose (ou être dirigé sur des services de prise en charge de la tuberculose pour réaliser ces examens) et recevoir un traitement approprié. Les personnes qui s'avèrent ne pas présenter de tuberculose doivent se voir proposer six mois de traitement préventif par l'isoniazide.

	personnes vivant avec le VIH au moment du diagnostic et à chaque contact qu'elles ont avec les services de soins de l'infection à VIH. Les programmes doivent viser à obtenir une valeur élevée pour cet indicateur (près de 100 %) mais doivent l'interpréter conjointement aux valeurs des indicateurs en rapport avec le pourcentage de patients qui bénéficient de soins de l'infection à VIH qui : a) sont sous traitement antituberculeux et b) ont reçu un traitement de la tuberculose latente, afin de s'assurer que le processus de dépistage a été suivi d'actions appropriées. Une valeur faible de cet indicateur démontrera qu'il est peu probable d'atteindre l'objectif B (réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH).
Utilisation des données	Veuillez consulter la section Points forts et points faibles pour l'interprétation des données et les autres champs à explorer.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez préciser la méthode de collecte de ces données et les hypothèses éventuellement émises pour obtenir un chiffre national par extrapolation à partir de ces données.
Autres références	Guide du suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, disponible sur le site http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242598193_fre.pdf .

Questions touchant aux politiques

P.1b Questions intéressant les politiques de l'OMS	
Conseil et dépistage du VIH	Les politiques ou les directives nationales relatives au conseil et au dépistage du VIH : Pour chaque point : (1) Oui, (2) Non et (3) Préciser : _____ - traitent-elles du dépistage chez l'enfant ? - traitent-elles du dépistage chez l'adolescent ? - traitent-elles du dépistage chez le « mineur émancipé » ? - traitent-elles du dépistage chez les populations clés et les populations vulnérables ? - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire à chaque rencontre ? - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire pour toutes les femmes enceintes ? - recommandent-elles le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire pour les populations particulièrement exposées et pour les populations vulnérables ? - sont-elles favorables à l'utilisation des tests rapides avec les résultats rendus le jour même ? - sont-elles favorables au conseil et au dépistage du VIH fournis par des services communautaires ? - sont-elles favorables au dépistage du VIH par test rapide (sur le lieu de soins) réalisé par des agents non-spécialistes ou des agents communautaires ?
Traitement antirétroviral	Quel est l'état d'avancement de la révision des directives relatives à l'utilisation des ARV ? Donner l'année de la dernière révision réalisée pour les : Directives relatives au TAR chez l'adulte : _____ Directives relatives à la PTME : _____ Directives relatives au TAR pédiatrique : _____ Les recommandations des lignes directrices de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH ont-elles été adaptées en suivant un processus national ? Pour chaque point : (1) Oui, terminé (2) En cours, (3) Non, (4) Préciser : _____ Directives relatives au TAR chez l'adulte : Directives relatives à la PTME : Directives relatives au TAR chez l'enfant :

Quels sont les objectifs chiffrés/quel est l'objectif chiffré au niveau national en termes de TAR :

Objectif chiffré de _____ personnes sous TAR en (année) _____

Objectif chiffré de _____ % de couverture de la PTME/TAR d'ici à (année) _____

Si les directives nationales recommandent un seuil de CD4 de 500, une priorité est-elle accordée aux personnes dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 et à celles qui présentent une infection à un stade avancé ?

(1) Oui, (2) Non, (3) Sans objet (par exemple si le pays n'a pas encore adopté le seuil de CD4 de 500) (4) Si Oui, préciser : _____

Quels sont les critères pour mettre en route un TAR chez le nourrisson et chez l'enfant ?

- Seuil d'âge pour traiter tous les enfants quels que soient les symptômes :

(1) < 5 ans, (2) < 2 ans, (3) autre (préciser _____)

- Seuil du nombre de CD4 pour traiter les enfants âgés de 5 ans ou plus qui sont asymptomatiques :

(1) quel que soit le nombre de CD4, (2) ≤ 500 , (3) ≤ 350 , (4) autre (préciser _____)

Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TAR tout patient infecté par le VIH qui présente une tuberculose active ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser _____)

Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TAR tout partenaire infecté par le VIH dans un couple sérodiscordant ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser _____)

Le pays utilise-t-il de préférence des associations d'ARV en doses fixes ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser _____)

Schéma thérapeutique :

Dans les directives nationales, la combinaison TDF/3TC(FTC)/EFV est-elle l'association d'ARV de 1^{ère} intention privilégiée pour l'adulte et l'adolescent ?

(1) Oui, (2) Non

Existe-t-il une politique d'arrêt progressif de l'utilisation du D4T ?

(1) Oui (2) Non (3) Autre (préciser _____)

Dans les directives nationales, la combinaison AZT/3TC(FTC)/ATV/r (LPV/r) est-elle l'association d'ARV de 2^{ème} intention privilégiée pour l'adulte et l'adolescent ?

(1) Oui, (2) Non, (3) Autre (préciser_____)

Quel est l'INTI privilégié chez l'enfant âgé de moins de 3 ans ?

(1) Abacavir (ABC), (2) Zidovudine (AZT), (3) Stavudine (d4T), (4) Autre (préciser_____)

Dans les directives nationales, les schémas thérapeutiques à base de LPV/r sont-ils les schémas privilégiés chez le nourrisson et chez l'enfant âgé de moins de 36 mois (quels que soient les antécédents d'exposition antérieure à un INNTI) ?

(1) Oui, pour tous ; (2) Non, mais recommandé seulement pour les nourrissons ayant été exposés à un INNTI ; (3) Non recommandé

L'éfavirenz (EFV) est-il l'INNTI privilégié recommandé chez l'enfant âgé de 3 ans ou plus ?

(1) Oui, (2) Non, (3) Autre (préciser_____)

Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'enfant âgé de 3 à 10 ans ?

(1) TDF + 3TC (ou FTC) ; (2) AZT + 3TC (ou FTC) ; (3) ABC + 3TC (ou FTC) ; (4) Autre (préciser_____)

Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'adolescent pesant plus de 35 kg et âgé d'au moins 10 ans ?

(1) TDF + 3TC (ou FTC) ; (2) AZT + 3TC (ou FTC) ; (3) ABC + 3TC (ou FTC) ; (4) Autre (préciser_____)

Suivi :

La technologie de mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins est-elle utilisée dans le pays ?

(1) Quelle proportion des hôpitaux de district dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins ? Donner une estimation ----- %

(2) Quelle proportion des structures de soins de santé primaire dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins pour effectuer ce test à leurs propres patients (que le test soit réalisé sur place ou en dirigeant les patients sur un centre spécialisé à proximité) ? Donner une estimation ----- %

	Prestation de services : Parmi les modalités de prestation de services suivantes, lesquelles font partie de la politique nationale en matière de TAR ? Préciser : Fourniture d'un TAR dans les consultations de prise en charge de la tuberculose par les prestataires de soins en charge des patients atteints de tuberculose : Fourniture d'un traitement antituberculeux dans les services de TAR par les prestataires de soins en charge du TAR Fourniture d'un TAR dans les consultations de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par les prestataires de ces consultations Fourniture d'un TAR dans les sites où est fourni un traitement de substitution aux opioïdes Agents de santé communautaires participant au soutien des patients sous TAR Diagnostic et prise en charge de l'hépatite C faisant partie de la prise en charge de l'infection à VIH Dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les services de TAR Vaccination contre l'hépatite B dans les services de TAR Traitement de l'hépatite C dans les services de TAR Quelles sont les politiques en place en matière de co-infection ? (Questions à poser en ce qui concerne l'adulte et en ce qui concerne l'enfant) : Traitement préventif par l'isoniazide (TPI) pour les PVVIH Dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les PVVIH Lutte antituberculeuse chez les PVVIH Prophylaxie par le cotrimoxazole
Prévention de la transmission mère-enfant	Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME du VIH ? (1) Oui, si Oui préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) de taux de TME et pour quelle année : _____ (2) Non (3) Si Oui, préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) d'élimination et l'année : _____ Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME de la syphilis ? (1) Oui, intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du VIH ou d'une autre élimination) (2) Oui, plan distinct (n'est pas intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du VIH ou d'une autre élimination) (3) Pas de plan national

	Quelle est l'option de PTME recommandée actuellement au niveau national ? Option A : Option B : si Oui, depuis quand _____ Option B+ : si Oui, depuis quand _____ Si l'option A est mise en œuvre, une transition vers l'utilisation de l'option B ou l'option B+ est-elle prévue ? (1) Oui, (2) Non, (3) Si Oui, en quelle année : _____ Quel est le schéma thérapeutique de TAR de première intention actuellement recommandé au niveau national chez la femme enceinte ou la femme allaitant au sein vivant avec le VIH ? (1) TDF/3TC(FTC)/EFV (2) Autre, préciser _____ Quel est le schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national pour le nourrisson exposé au VIH et quelle est sa durée ? Schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national Durée Existe-t-il une recommandation nationale relative à l'alimentation du nourrisson pour le nourrisson exposé au VIH ? 1) Oui – allaitement au sein 2) Oui – alimentation de remplacement 3) Oui – les deux sont recommandés, choix individuel ou en fonction de la situation 4) Non Si l'allaitement au sein est recommandé chez la femme infectée par le VIH et le nourrisson exposé, la durée est-elle précisée ? ___ Oui ___ Non Si Oui, préciser la durée en mois : ()
Infections sexuellement transmissibles (IST)	Existe-t-il des directives ou des recommandations nationales en matière de traitement des IST ? ___ Oui, ___ No Si Oui, en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ?

Populations clés	Lesquelles des populations clés ou des groupes vulnérables sont-ils pris en compte de manière explicite dans les politiques nationales ou les plans nationaux relatifs à l'infection à VIH (cocher les cases correspondantes) ? Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, Personnes transgenres, Professionnel(le)s du sexe, Consommation de drogue par injection, Prisonniers, Populations clés d'adolescents Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux professionnel(le)s du sexe, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ? (1) Programmation élargie en matière d'utilisation du préservatif (oui/non) (2) Conseil et dépistage du VIH (oui/non) (3) Traitement antirétroviral et soins (oui/non) (4a) Traitement des IST symptomatiques (oui/non) (4b) Traitement des IST asymptomatiques (oui/non) (4c) Traitement présomptif périodique des IST (oui/non) (5) Ensemble complet d'interventions pour les professionnel(le)s du sexe consommateurs de drogue par injection (6) Aide aux professionnel(le)s du sexe pour se prendre en charge (participation à la planification et à la mise en œuvre des activités de prévention et de soins de l'infection à VIH et du sida) Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ? (1) Programmation élargie en matière d'utilisation du préservatif (oui/non) (2) Conseil et dépistage du VIH (oui/non) (3) Traitement antirétroviral et soins (oui/non) (4) Prévention et traitement des IST (oui/non) (5) Ensemble complet d'interventions pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes consommateurs de drogue par injection
Circoncision masculine (pour 14 pays seulement)	Quelles sont les échéances et les objectifs chiffrés actuels à remplir en matière de circoncision masculine médicale volontaire ? Objectif : ____ Année : ____ Quel est le statut de la planification opérationnelle et du suivi ? (Cocher les cases correspondantes) :

	Un plan opérationnel existe pour 2014 L'évaluation annuelle des services des programmes de circoncision masculine a été menée : Si Oui, préciser en quelle année La circoncision masculine est intégrée dans les programmes de soins du nourrisson Un lien est établi entre la circoncision masculine et les services de santé sexuelle et génésique destinés aux adolescents Quelles sont les méthodes de circoncision médicale recommandées ? Méthodes chirurgicales conventionnelles (fente dorsale, circoncision à la pince, résection du manchon) Une méthode présélectionnée utilisant un dispositif a été approuvée, préciser : _____
Surveillance	Une surveillance des populations particulières est-elle réalisée dans le pays ? Si Oui, tous les __ ans, nombre de sites __, dernière enquête réalisée en __ (i) femmes qui consultent dans les services de soins prénatals ? (ii a) professionnel(le)s du sexe ? (ii b) consommateurs de drogue par injection ? (ii c) homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ? (ii d) personnes transgenres ? (iii) Autres populations spécifiques (préciser _____) ?
Suivi et évaluation	Quel est le statut actuel de la planification du suivi et de l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida ? Un plan national de suivi et d'évaluation existe : année de la dernière mise à jour _____ Le système de suivi et d'évaluation a été passé en revue : année du dernier passage en revue, préciser _____ Une revue du système de suivi et d'évaluation est prévue : année __, préciser _____
Résistance du VIH aux antirétroviraux	Une stratégie nationale relative à la résistance du VIH aux ARV est-elle en place ? (1) Oui, (2) Non, (3) Si Oui, est-elle incorporée dans la stratégie nationale de lutte contre l'infection à VIH ? Le pays a-t-il déjà réalisé une surveillance de la résistance du VIH aux ARV en suivant les protocoles de l'OMS indiqués ci-dessous ? Pour chacune des enquêtes : si Oui, année de réalisation de la dernière enquête ____, année de réalisation de la prochaine enquête ____ 1. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV transmise 2. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV avant la mise en route du TAR 3. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise 4. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV chez l'enfant 5. Suivi des Indicateurs d'alerte précoce de résistance du VIH aux ARV

	Si Oui, nombre de services de consultation de TAR ayant participé : ____
Surveillance du suivi de la toxicité	Quel est le statut de la surveillance nationale de la toxicité des ARV ? Préciser : ____ Une stratégie/politique nationale de surveillance de la toxicité des ARV existe Les activités de surveillance de la toxicité en sont à un stade pilote sur le terrain Les activités de surveillance de la toxicité font partie du programme national Les données de surveillance de la toxicité font partie intégrante de l'élaboration des rapports de suivi et d'évaluation au sein programme de TAR
Planification et examen stratégiques	Quel est le statut de l'élaboration du Programme national de lutte contre le VIH et le sida (qui inclut l'infection à VIH dans le secteur de la santé) ? ____ Le plan stratégique national de lutte contre le VIH (secteur de la santé) est en place ; il est en cours depuis : (année) jusqu'en (année) ____ Le prochain examen du programme de lutte contre le VIH (secteur de la santé) est prévu pour : () (année) Les éléments suivants sont-ils pris en compte dans la stratégie nationale actuelle de lutte contre le VIH (secteur de la santé) : a) parvenir à un accès universel au TAR b) collaboration entre les services de lutte contre le VIH et les autres services, notamment les services de santé génésique c) renforcement des systèmes de santé d) réduction des inégalités
Santé génésique et recherche	Dans votre pays, disposez-vous de points de prestation de services où sont fournis des soins médicaux et psychologiques et un soutien adaptés aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste ? Les soins médicaux et psychologiques et le soutien adaptés comprennent et suivent les recommandations des lignes directrices cliniques et politiques de l'OMS qui se trouvent dans le document <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women</i> (2013) : • Apport d'un soutien de premier niveau ou de ce qui est appelé « premiers secours psychologiques » • Fourniture d'une contraception d'urgence aux femmes qui ont recours aux services dans les cinq jours • Proposition d'un avortement sécurisé aux femmes enceintes du fait d'un viol, conformément aux lois en vigueur dans le pays • Fourniture d'une prophylaxie post-exposition des IST et de l'infection à VIH (dans les 72 heures qui suivent une agression sexuelle) ____ Oui ____ Non

Annexe 2. Diagnostic des cas d'infection à VIH/de sida (OPS)

P.1d Nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués en 2012, en fonction du sexe pour l'année 2012	
Ce que mesure l'indicateur	Nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués en 2012, en fonction du sexe pour l'année 2012

P.1e Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2012 et déclarés, en fonction du sexe pour l'année 2012	
Ce que mesure l'indicateur	Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2012 et déclarés, en fonction du sexe pour l'année 2012

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) guide et mobilise la communauté internationale en vue de concrétiser sa vision commune : « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida. » L'ONUSIDA conjugue les efforts de 11 institutions des Nations Unies – le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNODC, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Il collabore étroitement avec des partenaires mondiaux et nationaux pour que la riposte au sida donne les meilleurs résultats possibles. Pour en savoir plus, consultez le site unaids.org, et suivez nous sur Facebook et Twitter.

Imprimé sur du papier certifié FSC

L'objet des présentes directives est de fournir aux pays des orientations techniques sur la manière de mesurer les indicateurs de base pour suivre l'application de la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011. Ces directives fournissent des orientations techniques sur les spécifications détaillées des indicateurs de base, sur les informations nécessaires et sur la base de leur formulation, et enfin sur leur interprétation. Ces directives ont également pour but de maximiser la validité, la cohérence interne et la comparabilité entre les pays et dans le temps des estimations obtenues grâce aux indicateurs. Elles ont en particulier pour but de garantir la cohérence de ces types de données et des méthodes de calcul employées.

ONUSIDA
Programme commun des Nations
Unies sur le VIH/sida

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU FEMMES
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

